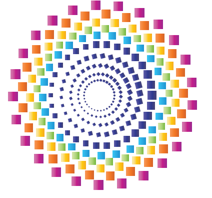


إشراق
الجمعية السعودية لاضطراب فـرط الحركة وتشتت الانتباه
SAUDI ADHD SOCIETY

رؤيــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المجلس الصحي السعودي
Saudi Health Council

الدليل الإرشادي السريري
المبني على البراهين لتشخيص وعلاج

# اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

# ADHD

## في المملكة العربية السعودية

الكتيب المختصر
الطبعة الأولى ٢٠٢٠م



الجمعية السعودية لعلم النفس المهني
Saudi society of Professional Psychology
sspp

الجمعية السعودية للطب النفسي
Saudi Psychiatric Association

الجمعية السعودية لطب أعصاب الأطفال
Saudi Pediatric Neurology Society

Saudi Pediatric Association
الجمعية السعودية لطب الأطفال

Saudi Pharmaceutical Society
الجمعية الصيدلية السعودية

**ⓒ الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ( اشراق ) ، 1441هـ**

***فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر***

الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ( اشراق )
الدليل الإرشادي السريري المبني على البراهين لتشخيص وعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ADHD في المملكة العربية السعودية. / الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ( اشراق ) - ط١. .- الرياض ، ١٤٤١هـ

٦٠ ص ؛ ..سم

ردمك: ٨-١-٣٥٧١-٠٣-٦٠٣-٩٧٨

١- علم نفس الطفل ٢- اضطرابات الشخصية ٣- الانتباه ( علم نفس ) أ.العنوان

ديوي ٦١٨,٩٢٨٩ ١٤٤١/٧٥٥٩

**رقم الإيداع: ١٤٤١/٧٥٥٩**
**ردمك: ٨-١-٣٥٧١-٠٣-٦٠٣-٩٧٨**

الدليل الإرشادي السريري
المبني على البراهين لتشخيص وعلاج

# اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

# ADHD

في المملكة العربية السعودية

**الكتيب المختصر**

الطبعة الأولى ٢٠٢٠م

# الفهرس

# إشعار بحقوق التأليف

هذه الوثيقة "الدليل الإرشادي السريري المبني على البراهين لتشخيص وعلاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في المملكة العربية السعودية" مستمدة من إرشادات المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة (المملكة المتحدة).



إن إرشادات المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة مصممة للخدمات الصحية الوطنية. وهي تخضع للمراجعة والتحديث بصفة منتظمة، وقد يتم سحبها. ولا يتحمل المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة أية مسؤولية عن المحتويات في هذا المنشور.

إن أدوات التنفيذ في الملاحق تم إعدادها من قبل جمعية إشراق.

## الأحكام والشروط:

إن استعمال هذا الدليل الإرشادي السريري يخضع لأحكام وشروط المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة الأصلية، ورخصة المحتوى المفتوحة، المملكة المتحدة، المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة.

## رخصة المستخدم النهائي:

بصفتك المستخدم النهائي فإن حقك في الاستعمال الحر للدليل الإرشادي السريري مشمول في الرخصة (4.0 CC BY-ND) بقدر ما لا يتعارض ذلك مع الأحكام والشروط الأصلية. وباختصار، يعني ذلك ما يلي:

### بإمكانكم:

- مشاركة وتوزيع هذا الدليل الإرشادي السريري بدون قيود لغرض الاستعمال الشخصي.
- مشاركة وتوزيع هذا الدليل الإرشادي السريري بدون قيود للأغراض الاكاديمية والتعليمية.
- مشاركة وتوزيع هذا الدليل الإرشادي السريري بدون قيود لغرض الاستعمال في أية بيئة للرعاية الصحية.

### يجب عليكم:

- تضمين إسناد لجمعية إشراق وتضمين رابط للدليل الإرشادي السريري في موقع الجمعية على الإنترنت: https://cpg.adhd.org.sa
- تضمين هذه الصفحة (إشعار حقوق التأليف) مع الدليل الإرشادي السريري (الاستعمال المطبوع)

### لا يحق لكم:

- تغيير، أو تعديل، أو إعادة توزيع نسخ معدلة من هذا الدليل الإرشادي السريري
- إعادة ترخيص أو إعادة تسمية العلامة التجارية لأي جزء من هذه المادة
- بيع نسخ من هذا الدليل الإرشادي السريري لغرض الكسب التجاري

تتوفر تفاصيل هذا الترخيص على الانترنت في الموقع التالي:

https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.ar

# شكر وتقدير

يطيب لنا أن نعرب عن عميق امتناننا وتقديرنا لقسم الطب النفسي، قسم طب الأطفال، كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة، وحدة الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية المبنية على البراهين بإدارة الجودة في المدينة الطبية بجامعة الملك سعود وكلية الطب لما قدموه من دعم منهجي وفني ومساهمة في المحتوى السريري. كما يطيب لنا أن نعرب عن تقديرنا وامتناننا للمجلس الصحي السعودي لما أظهره من تعاون أثناء مرحلة النشر وتخطيط التنفيذ لمشروع إرشادات الممارسة السريرية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD).

## فرق العمل

تود جمعية إشراق أن تعرب عن عميق تقديرها وامتنانها للجهود التي بذلها العديد من الخبراء الذين شاركوا في إعداد هذا الدليل الإرشادي السريري، والذين يمكن الاطلاع على أسمائهم وعناوينهم وانتماءاتهم الكاملة في ملحق (أ) أو في هذا الرابط https://cpg.adhd.org.sa.

## لجنة إعداد الدليل الإرشادي السريري

- د. تركي حمود البطي (رئيس المشروع)
- د. فهد عبده بشيري
- د. مدثر حمد حمد
- د. ياسر سامي عامر
- د. هيا فيصل الجودي
- د. صالح محمد الصالحي
- د. هديل فخري دغش
- أ. جيرمي فارنهام

## المراجعون الخارجيون

### ١- المحتوى السريري

- د. محمد غازي الدين
- د. مايكل نيستر
- د. فاطمة الحيدر
- د. عمر المديفر
- د. عبد الكريم الحسين
- د. ميساء بريك
- د. هشام الضلعان
- د. ياسر الدباغ
- د. نوف البكر
- د. وليد التويجري
- د. خالد البريكان
- د. عمرو جمال

### ٢- المنهجية

- د. هيفاء عبد المجيد وهبي
- د. سامية الحبيب

# تصديقات

أجريت مراجعة نقدية وتم تصديق هذا الدليل الإرشادي السريري المعد من جمعية إشراق من قبل الهيئات التالية:

١- المجلس الصحي السعودي
٢- الجمعية السعودية للطب النفسي
٣- الجمعية السعودية لطب أعصاب الأطفال
٤- الجمعية السعودية لطب الأطفال
٥- الجمعية الصيدلية السعودية
٦- الجمعية السعودية لعلم النفس المهني


















# التمهيد

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، إن مشروع الدليل الإرشادي السريري الموحد لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) هو المشروع الاستراتيجي رقم ٧-٢ لجمعية إشراق للفترة ٢٠١٧-٢٠١٩. إن جمعية إشراق هي مؤسسة غير ربحية مسجلة بموجب ترخيص رقم ٤٧٤ من وزارة العمل والتنمية الاجتماعية السعودية، وقد حصل هذا المشروع على موافقة الوزارة (رقم ٥٢٤٧٦) بتاريخ ١٤٣٨/٨/٥ هـ.

## لمن هذا الدليل الإرشادي السريري؟

| | |
|---|---|
| المستعملين المستهدفين | الأطباء، الأخصائيين في علم النفس الإكلينيكي، الأخصائيين الآخرين في الصحة السلوكية الإكلينيكية، الممرضات، الأخصائيين في العلاج الوظيفي، الصيادلة، الباحثين الاجتماعيين، الأخصائيين في علم التغذية، طلبة الطب، طلبة العلوم الطبية |
| الاختصاص السريري | الطب النفسي العام، الطب النفسي للأطفال والمراهقين، طب الأعصاب، طب أعصاب الأطفال، طب الأطفال العام، طب نمو وسلوك الأطفال، طب الأسرة، الطب العام، علم النفس الإكلينيكي، علم النفس التربوي، التغذية السريرية |
| بيئة الرعاية الصحية | بيئات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية التي تقدم خدمات التقييم والعلاج والتدبير لمن يعانون من ADHD في المملكة العربية السعودية |
| الفئات المستهدفة | الأطفال: أقل من ٥ سنوات<br>الأطفال والفتيان: أعمارهم من ٥ إلى ١٨ سنة<br>البالغين: فوق ١٨ سنة<br>المشتبه بأنهم لديهم ADHD<br>أو<br>مشخصين بـ ADHD |

للمساعدة والدعم ومزيد من المعلومات يرجى الاتصال بـ :

cpg-feedback@adhd.org.sa

# مقدمة

## عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)

اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (**ADHD**)، هو اضطراب نمائي عصبي مزمن يتميز بمستويات من فرط الحركة – الاندفاعية و/ أو عدم الانتباه، والتي تكون غير متلائمة مع مرحلة النمو. وهو متلازمة غير متجانسة سريريا ووراثيا، وله مسببات محتملة متعددة ومصحوب بحالات عصبية نفسية متكررة.

إن حالات **ADHD** المبلغ عنها هي لدى الأولاد أكثر مما هي لدى البنات، ويُعزى ذلك جزئيًا إلى وجود اختلاف حقيقي بين الجنسين - يُظهر الأولاد سلوكا أكثر إزعاجاً وعدوانية من البنات - ولكنه ناتج أيضًا عن تحيز التحويل. ومن المعروف ان الأشكال الرئيسية الثلاثة لاضطراب **ADHD** (الشكل الذي يغلب عيه عدم الانتباه، الشكل الذي يغلب عيه فرط الحركة – الاندفاع، والشكل المركب) يُمكن أن تتغير مع مرور الوقت. ومع أن العديد من الاختلافات بين الجنسين تصبح أقل في سن الرشد، إلا أن الخلل في الوظائف وخاصة الخلل في الوظيفة التنفيذية يمثل تحديا كبيرا، والفرق بين الجنسين في الحالات المصاحبة العصبية النفسية يظل مستمرا.

يُقدر معدل انتشار **ADHD** في جميع أنحاء العالم بحوالي ٥-٧٪ من الأطفال والبالغين. ومع أنه أجريت العديد من الدراسات الإقليمية حول انتشار **ADHD** في المملكة العربية السعودية، إلا أنه لم تُجر أية دراسة تمثيلية على المستوى الوطني حتى الآن. ولكن بالنظر إلى البيانات المتاحة، وبما أن **ADHD** يصيب مختلف الأشخاص من مختلف البيئات حول العالم دون تميز، وبما أنه كذلك - حين يتم ضبط العوامل الخارجية - يندر اختلاف معلات انتشاره في المجتمعات المختلفة، فإنه من المتوقع أن يكون معدل الانتشار المحلي ضمن المدى العالمي. يُعتبر **ADHD** اضطرابا وراثيًا بدرجة مرتفعة، ومع أنه وجد ترابط مع مجموعة متنوعة من عوامل الخطر البيئية السابقة للولادة، وكذلك الولادة المبكرة، إلا أن أيا من هذه العوامل لا يرتبط بعلاقة سببية محددة مع **ADHD**. ومع ذلك، هناك عنصر التفاعل الجيني - البيئي (مسؤول عما نسبته ١٠-٤٠ ٪ من التباين بين الحالات).

يُعد **ADHD** واحدا من الاضطرابات التي تم بحثها جيدًا، كما أن فهمنا له من النواحي الوبائية والإمراضية والعلاجية يتقدم باستمرار، كما يتضح من العدد الكبير من الدراسات حوله المنشورة في العالم، بما في ذلك في المملكة العربية السعودية والعالم العربي. ومن المعترف به أنه يُشكل عبئًا كبيرًا إذا لم يتم التعرف عليه بشكل مناسب وبقي بدون علاج.

على الصعيد العالمي، يُعالج **ADHD** في نماذج رعاية مشتركة متنوعة بين الرعاية الأولية والثانوية بما يتناسب مع موارد البلد وثقافته وطبيعة الممارسة فيه. لا توجد أدلة إرشادية سريرية موحدة لعلاج **ADHD** في المملكة العربية السعودية، ويتم تشخيص وعلاج **ADHD** بشكل رئيسي في الرعاية الثالثة والقطاع الخاص، كما يتم علاجه في بيئات متعددة باستخدام الموارد المتاحة، وكثيرا بشكل غير ملائم أو غير فعال. غالبا يتم وصف المنشطات لعلاج **ADHD**، بالإضافة إلى الدواء، يشمل مصطلح العلاج التدخلات السلوكية والنفسية الاجتماعية التي يتم تنفيذها في العديد من المدارس والبيئات الأخرى. يُقدم العديد من علماء النفس في المراكز الخاصة والحكومية مثل هذه العلاجات، وكذلك برامج تعليم خاص في بعض المدارس. وينتج عن ذلك تباين كبير في الممارسة السريرية، ويجعل نوعية الرعاية دون المستوى الأمثل. تتمثل الخطوة الأولى لتصحيح هذا الخلل في إتاحة الفرصة للأطباء للوصول إلى المعلومات والأدوات

العملية التي يحتاجونها لتوفير رعاية مبنية على الأدلة للأشخاص من ذوي **ADHD**. ينبغي أن يهدف الدليل الإرشادي السريري أيضًا إلى إخراج علاج **ADHD** من نطاق الاضطرابات العقلية الشديدة من أجل الحد من وصمة العار. وللحصول على أفضل النتائج، ينبغي أن يشمل العلاج مواد تعليمية للمريض ووالديه لتحسين الامتثال للعلاج وتقليل الضغوط التي يتعرض لها الوالدان، بالإضافة إلى مواد توعية للمعلمين والتي تدعم التشخيص.

## ما هي الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية؟

تُلخص الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية أفضل البراهين العلمية المتاحة، وهي توفر إرشادات لمقدمي الرعاية الصحية خلال ممارستهم اليومية. ويمكنها توفير دعم فعال لدورة "المعرفة - إلى - الفعل" إذا ما تم تطويرها باستخدام منهجية نظامية وصارمة. وقد أظهرت الأدلة المنشورة أنه يمكن بواسطة هذه الأدلة الإرشادية السريرية تحسين نتائج المريض، وتجربة المريض، والجودة والسلامة في الرعاية الصحية.

الغرض من هذا الدليل الإرشادي الموحد المعدل هو استخدامها من قبل الاختصاصيين في الرعاية الصحية للمساعدة في علاج **ADHD** لدى الأطفال أقل من ٥ سنوات، والأطفال والفتيان (من سن ٥ إلى ١٧)، والبالغين من سن ١٨ فما فوق.

# التوصيات

# قوة التوصيات

## يجب: التوصيات التي يجب (أو يجب عدم) اتباعها

بشكل عام، الكلمات "يجب" أو "يجب عدم" لا تُستعمل إلا إذا كان القانون يفرض تطبيق التوصية. غير أنه في بعض الأحيان تُستعمل "يجب" أو "يجب عدم" إذا كانت النتائج المترتبة على عدم اتباع التوصية يُمكن أن تكون خطيرة للغاية أو يُحتمل أن تشكل تهديدا للحياة.

## ينبغي: التوصيات التي ينبغي (أو ينبغي عدم) اتباعها - توصية "قوية"

الكلمة "قدم" أو "اقترح" (والكلمات المشابهة مثل "حوّل" أو "انصح") تم استعمالها حيثما كان هناك درجة جيدة من الثقة بأن التدخل سيكون نفعه أكثر من ضرره وتكلفته معقولة بالنسبة للغالبية العظمى من المرضى. وكذلك تستعمل الكلمات المشابهة (مثل " لا تقدم ....." ) حين لا تكون هناك فائدة من التدخل بالنسبة لغالبية المرضى.

## ممكن: التوصيات الممكن اتباعها

الكلمة "فكر"، أو "خذ بعين الاعتبار" تُستعمل حيثما يكون التدخل نفعه أكبر من ضرره بالنسبة لغالبية المرضى، وتكون تكلفته معقولة. في الوقت الذي توجد فيه خيارات أخرى مساوية في التكلفة. وفي هذه الحالة يعتمد اختيار التدخل، أو عدم التدخل، على الأرجح على قيم وتفضيلات المريض / مقدم الرعاية لا على قوة التوصية. وبالتالي يجب على اختصاصي الرعاية الصحية إنفاق المزيد من الوقت في دراسة ومناقشة الخيارات المتاحة مع المريض.

# التوصيات

# ١ تنظيم الخدمة والتدريب

١ - ١ يستفيد الأشخاص من ذوي **ADHD** من تحسين تنظيم الرعاية وتحسين تكامل الخدمات الصحية للأطفال، وخدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، وخدمات الصحة النفسية للبالغين.

١ - ٢ ينبغي على خدمات الصحة النفسية للأطفال والفتيان والبالغين تشكيل فرق و/ أو عيادات متعددة التخصصات متخصصة في **ADHD** للأطفال والفتيان، وفرق و/ أو عيادات منفصلة للبالغين في جميع بيئات ومرافق الرعاية الصحية. وينبغي أن تتمتع هذه الفرق والعيادات بخبرة في تشخيص وعلاج **ADHD**، كما ينبغي عليها أيضا ما يلي:

- تقديم خدمات التشخيص والعلاج والمشورة للأشخاص من ذوي **ADHD** والذين لديهم احتياجات معقدة.
- إنشاء أنظمة اتصال وبروتوكولات للمشاركة في المعلومات بين خدمات طب الأطفال وخدمات الطب الشرعي وخدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والبالغين من ذوي **ADHD**، بما في ذلك ترتيبات الانتقال بين خدمات الأطفال والبالغين.
- وضع بروتوكولات محلية لترتيبات الرعاية المشتركة مع مقدمي الرعاية الأولية، والتأكد من الحفاظ على خطوط اتصال واضحة بين الرعاية الأولية والثانوية.
- التأكد من توفر خدمات نفسية مناسبة للعمر للأطفال والفتيان والبالغين من ذوي **ADHD** وللوالدين أو مقدمي الرعاية.
- ينبغي أن يعتمد حجم هذه الفرق والتزامها الزمني على الظروف المحلية.

١ - ٣ ينبغي على كل منطقة محلية إنشاء مجموعة متعددة الوكالات، تضم ممثلين من فرق **ADHD** متعددة التخصصات، طب الأطفال، الصحة النفسية، صعوبات التعلم، خدمات الطب الشرعي، خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، وأقسام الوزارة ذات الصلة (بما في ذلك خدمات الصحة المدرسية، والخدمات التعليمية والاجتماعية)، والجمعيات، ومجموعات دعم الوالدين وغيرها مع مشاركة محلية مهمة في خدمات **ADHD**. وينبغي أن تشرف المجموعة على تنفيذ هذا الإرشاد.

١ - ٤ ينبغي إعادة تقييم الفتيان الذين يعانون من **ADHD** والذين يتلقون العلاج والرعاية من خدمات الصحة النفسية للأطفال لتحديد مدى حاجتهم لمواصلة العلاج في سن المراهقة وسن الرشد. إذا كان العلاج ضروريًا، ينبغي اتخاذ الترتيبات اللازمة لضمان الانتقال السلس إلى خدمات البالغين في هذا الوقت مع بيان تفاصيل العلاج والخدمات التي يتوقع أن يحتاجونها الفتيان. نظرا لأنه في سن ١٤ عامًا (في طب الأطفال) أو ١٨ عامًا (في الطب النفسي) لا يعود هؤلاء الأشخاص مؤهلين لخدمات الأطفال/ المراهقين في العديد من البيئات.

١ - ٥ أثناء الانتقال إلى خدمات البالغين، ينبغي النظر في توجيه تحويل خطية رسمية إلى خدمات البالغين، وتقديم معلومات كاملة للفتيان حول خدمات البالغين. كما ينبغي أن يشارك الفتى، وكذلك والديه أو مقدم الرعاية له إذا كان عمره أقل من ١٨ عامًا، في التخطيط.

١ - ٦ بعد الانتقال إلى خدمات البالغين، ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية للبالغين إجراء تقييم شامل للشخص ذوي **ADHD**، يشمل الأداء الشخصي والتعليمي والمهني والاجتماعي، وتقييم أية حالات مرافقة، لا سيما إساءة استعمال العقاقير، واضطرابات الشخصية، والمشاكل العاطفية، وصعوبات التعلم.

## التدريب

١ - ٧ ينبغي على الخدمات الحكومية التأكيد على أن فرق **ADHD** المتخصصة للأطفال والفتيان والبالغين تعمل معًا لتطوير برامج تدريبية حول تشخيص وعلاج **ADHD** في الفئات العمرية المختلفة، بحيث تكون موجهة للمختصين في الصحة النفسية وطب الأطفال والرعاية الاجتماعية والتعليم والطب الشرعي ومقدمي الرعاية الأولية وغيرهم من المختصين الذين يتعاملون مع أشخاص ذوي **ADHD**.

١ - ٨ ينبغي على الاختصاصيين في الطب النفسي للأطفال والبالغين، وعلم النفس السريري، وأطباء الأطفال، وأطباء الأسرة، وغيرهم من المختصين في الصحة النفسية للأطفال والبالغين (بمن فيهم العاملين في خدمات الطب الشرعي) أن يتلقوا التدريب اللازم ليكونوا قادرين على تشخيص **ADHD** وتوفير العلاج والرعاية وفقًا لهذا الدليل.

## ٢ التمييز والتعرف والتحويل

### التمييز

٢ - ١ ينبغي الانتباه إلى أن نسبة انتشار **ADHD** في الفئات التالية قد تكون أعلى مما هي لدى عامة السكان:

- الأشخاص الذين ولدوا قبل الأوان (الأطفال الخدج)
- الأطفال في مراكز الرعاية (على سبيل المثال أولئك الذين يعيشون في دور الرعاية مثل دور الأيتام أو مرافق احتجاز الأحداث) والفتيان.
- الأطفال والفتيان الذين تم تشخيص اضطراب التحدي الاعتراضي أو اضطراب السلوك لديهم
- الأطفال والفتيان من ذوي اضطرابات المزاج (على سبيل المثال، القلق والاكتئاب)
- الأشخاص الذين تم تشخيص **ADHD** لدى أفراد من عائلاتهم
- الأشخاص المصابين بالصرع
- الأشخاص من ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (على سبيل المثال، اضطراب طيف التوحد، اضطرابات النفضة، الإعاقة الذهنية، وصعوبات تعلم محددة)
- البالغين من ذوي حالات الصحة النفسية
- الأشخاص الذين لديهم تاريخ من اضطرابات إساءة استعمال المواد المخدرة
- الأشخاص المعروفون لدى هيئات العدالة الجنائية للصغار أو للبالغين
- الأشخاص الذين لديهم إصابة دماغية مكتسبة

٢ - ٢ يجب الانتباه إلى الاعتقاد بأن هناك تشخيص زائد لاضطراب **ADHD** لدى الأطفال الأصغر سنا من أقرانهم في الفصل الدراسي .

٢ - ٣ يجب الانتباه إلى الاعتقاد بأن اضطراب **ADHD** يتم التعرف عليه بدرجة أقل لدى البنات والنساء، وأن:

- احتمال تحويلهن لتقييم **ADHD** أقل
- احتمال لديهن **ADHD** غير مشخص يكون أعلى
- احتمال تلقيهن تشخيصا غير صحيح لحالة أخرى تتعلق بالصحة النفسية أو النمو العصبي يكون أعلى

### التعرف والتحويل

٢ - ٤ ينبغي عدم إجراء الفحص الشامل لاضطراب تشتت الانتباه وفرط النشاط (**ADHD**) في مدرسة الروضة أو المدرسة الابتدائية أو المدرسة الثانوية.

٢ - ٥ عند تحويل طفل أو فتى يظهر عليه اضطراب في السلوك، ويُشتبه بإصابته باضطراب **ADHD**، إلى معلم التربية الخاصة في المدرسة أو المعلم المستشار، فإنه بالإضافة إلى مساعدة الطفل في سلوكه، ينبغي عليهما إعلام والديه عن البرامج التخصصية المحلية (مثل عيادات النمو والسلوك).

٢ - ٦ قد تتطلب التحويل من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانوية إشراك مختصين في مجالات التعليم والرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية (على سبيل المثال، طبيب الأسرة، طبيب الأطفال، اختصاصي علم النفس التربوي، اختصاصي التعليم الخاص والمنسق، والباحث الاجتماعي في المدرسة)، مع العلم أن مسارات الرعاية قد تختلف محليا من منطقة إلى أخرى. ينبغي على الشخص الذي يتولى التحويل إلى الرعاية الثانوية إبلاغ الطبيب الرئيسي للطفل أو الفتى في حال وجود طبيب رئيسي لهما.

٢ - ٧ عند مراجعة طفل أو فتى لعيادة الرعاية الأولية بسبب مشاكل في السلوك و/ أو الانتباه توحي باضطراب (ADHD)، ينبغي على ممارسي الرعاية الأولية تحديد مدى شدة هذه المشاكل (باستخدام أداة فحص منظمة)، وكيف تؤثر هذه المشاكل على الطفل أو الفتى والوالدين أو مقدمي الرعاية، وإلى أي مدى تتغلغل هذه المشاكل في المجالات والأوضاع المختلفة.

٢ - ٨ إذا كانت مشاكل السلوك و/ أو الانتباه لدى الطفل أو الفتى تشير إلى **ADHD**، وتؤثر تأثيراً سلبياً على نموهما أو الحياة الأسرية، فكر فيما يلي:

- تحديد فترة انتظار تصل إلى ١٠ أسابيع للمراقبة ما لم تكن هذه المشاكل شديدة وتُسبب اختلالا وظيفيا إلى درجة تستدعي تدخلا فوريا (انظر ٢-٨).
- تقديم اقتراح تحويل إلى "مجموعة دعم تُركز على **ADHD**" للوالدين أو مقدمي الرعاية حيثما يكون ذلك متاحًا (ينبغي ألا ينتظر هذا الاقتراح تشخيصا رسميا بأن الشخص يعاني من **ADHD**).

إذا استمرت مشكلات السلوك و/ أو الانتباه، وصاحبها اختلال وظيفي معتدل على الأقل، فإنه ينبغي تحويل الطفل أو الفتى إلى الرعاية الثانوية (أي، طبيب نفسي للأطفال، طبيب أطفال تلقى تدريبا ملائما، طبيب أسرة تلقى تدريبا ملائما، أو اختصاصي في خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين من ذوي **ADHD**) للتقييم.

٢ - ٩ إذا ترافقت مشكلات السلوك و/ أو الانتباه لدى الطفل أو الفتى باختلال شديد، فإنه ينبغي تحويلهما مباشرة إلى الرعاية الثانوية (أي، طبيب نفسي للأطفال، طبيب أطفال تلقى تدريبا ملائما، طبيب أسرة تلقى تدريبا ملائما، أو اختصاصي في خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين من ذوي **ADHD**) للتقييم.

٢ - ١٠ ينبغي على ممارس الرعاية الأولية الامتناع عن إجراء التشخيص الأولي أو وصف دواء للطفل أو الفتى المشتبه بإصابته بـ **ADHD** ما لم يكن هذا الممارس طبيب أسرة أو طبيب أطفال تلقى تدريبا ملائما.

٢ - ١١ بالنسبة للبالغين الذين يراجعون في عيادة الرعاية الأولية أو عيادة الطب النفسي العام للبالغين بسبب أعراض **ADHD**، والذين لم يتم تشخيص **ADHD** لديهم في مرحلة الطفولة، فإنه ينبغي تحويلهم للتقييم من قبل اختصاصي في الصحة النفسية تلقى تدريبا في تشخيص وعلاج **ADHD**، حيثما تكون هناك دلائل على وجود مظاهر نموذجية لهذا الاضطراب (فرط الحركة / الاندفاعية و/ أو عدم الانتباه) تستوفي الشروط التالية:

- أن تكون قد بدأت في مرحلة الطفولة، واستمرت طوال الحياة.
- لا يمكن تفسيرها بواسطة تشخيص نفسي آخر (على الرغم من أنه قد يكون هناك حالات نفسية أخرى مرافقة لها).
- نتج عنها أو رافقها خلل نفسي، اجتماعي و/ أو تعليمي أو مهني متوسط أو شديد.

٢ - ١٢ بالنسبة للبالغين الذين سبق أن عولجوا من **ADHD** في مرحلة الطفولة أو في سن صغيرة والذين يراجعون بسبب أعراض توحي باستمرار **ADHD**، فإنه ينبغي تحويلهم إلى عيادة الطب النفسي العام للبالغين للتقييم. ينبغي أن تكون الأعراض مصحوبة بخلل نفسي، اجتماعي، تعليمي و/ أو مهني شديد أو متوسط على الأقل.

# ٣ التشخيص

٣ - ١ ينبغي أن يتم تشخيص **ADHD** فقط من قبل طبيب نفسي متخصص أو طبيب أطفال متخصص أو طبيب أسرة تلقى تدريبا ملائما أو اختصاصي رعاية صحية آخر مؤهل بشكل مناسب مع تدريب وخبرة في تشخيص **ADHD**، على أساس ما يلي:

- تقييم سريري واجتماعي نفسي كامل للشخص، ينبغي أن يشمل مناقشة حول السلوك والأعراض في المجالات والأوضاع المختلفة للحياة اليومية للشخص، و
- التاريخ النمائي والنفسي الكامل، و
- تقارير وتقييم الملاحظ للحالة العقلية للشخص

٣ - ٢ ينبغي ألا يتم تشخيص **ADHD** على أساس مقياس التقييم أو بيانات الملاحظة فقط، مع العلم أن مقاييس التقييم مثل مقاييس التقييم "كونر"، والنسخة العربية من مقياس تقييم **ADHD** "فاندربيلت"، واستبيان نقاط القوة والصعوبات، هي أدوات مساعِدة قيّمة، لا سيما عندما يتم التقييم من قِبل عدة أشخاص في أوضاع أو بيئات متعددة (على سَبيل المثال، الآباء والأمهات، المعلمون، المَراهق)، كما أن الملاحظات (على سبيل المثال، في المدرسة) مفيدة عندما يكون هناك شك حول الأعراض.

٣ - ٣ من أجل تشخيص **ADHD** ينبغي أن تستوفي أعراض فرط الحركة / الاندفاعية و/ أو عدم الانتباه الشروط التالية:

- أن تستوفي المعايير التشخيصية في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية - ٥ (**DSM-V**) أو التصنيف العالمي للأمراض -١١ (**ICD-11**)، و
- أن تكون قد تسببت في خلل نفسي، اجتماعي و/ أو تعليمي/ مهني متوسط على الأقل بناء على المقابلة و/ أو الملاحظة المباشرة في بيئات متعددة، و
- أن تكون متغلغلة بحيث تحدث في اثنتين أو أكثر من الأوضاع أو البيئات الهامة بما فيها البيئة الاجتماعية، الأسرية، التعليمية و/ أو المهنية.

تشمل العملية التشخيصية أيضا تقييم احتياجات الشخص، الحالات المرافقة، والظروف الاجتماعية والأسرية والتعليمية/ المهنية، والصحة البدنية. وبالنسبة للأطفال والفتيان، ينبغي أيضا ملاحظة الصحة النفسية للوالدين أو مقدمي الرعاية.

٣ - ٤ ينبغي أن يؤخذ **ADHD** بعين الاعتبار في جميع الفئات العمرية، مع تعديل معايير الأعراض تبعا للتغيرات الملائمة للعمر في السلوك.

٣ - ٥ عند تحديد الأهمية السريرية للخلل الناتج عن أعراض **ADHD** لدى الأطفال والفتيان، ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار وجهات نظرهم حيثما أمكن ذلك.

## تقديم الدعم للأشخاص من ذوي ADHD

٤ - ١ بعد تشخيص **ADHD**، رتّب جلسة نقاش منظم مع الشخص (وأسرته أو مقدم الرعاية له حسبما ينطبق) حول "كيف يمكن أن يؤثر هذا الاضطراب على حياتهم". ومن الممكن أن يشمل هذا النقاش ما يلي:

- التأثيرات الإيجابية الناتجة عن معرفة التشخيص، مثل
  - فهم الأعراض بصورة أفضل
  - التعرف على نقاط القوة الفردية والبناء عليها
  - تحسين الوصول إلى الخدمات
- التأثيرات السلبية الناتجة عن معرفة التشخيص، مثل الشعور بالخجل
- زيادة احتمال حدوث السلوك الاندفاعي
- أهمية إجراء التعديلات البيئية للتقليل من تأثير أعراض **ADHD**
- قضايا التعليم (مثل توفير تكييف معقول في المدرسة والجامعة)
- قضايا التوظيف (مثل التأثير على الاختيارات المهنية والحق في تكييف معقول في مكان العمل)
- قضايا العلاقات الاجتماعية
- تحديات علاج **ADHD** حين يكون لدى الشخص حالات مرافقة مرتبطة بالنمو العصبي أو الصحة النفسية
- ازدياد احتمال إساءة استعمال المواد المخدرة والتداوي الذاتي (أي، استعمال مواد بدون وصفة طبية للعلاج)
- التأثير المحتمل على قيادة السيارة (على سبيل المثال، قد تضرر قدرة الشخص على قيادة السيارة بسبب أعراض **ADHD**، ولكن أدوية **ADHD** قد تُحسن قدرته على القيادة).

وسيكون هذا النقاش المنظم مفيدا لخطة العلاج المشتركة.

٤ - ٢ أخبر الشخص الذي يتلقى تشخيص **ADHD** (وأسرته أو مقدم الرعاية له حسبما ينطبق) عن مصادر للمعلومات، بما في ذلك:

- مجموعات الدعم المحلية والوطنية والهيئات التطوعية
- مواقع الإنترنت (مثل، جمعية إشراق)
- الدعم للتعليم والتوظيف

جدير بالذكر أن الأشخاص الذين أجري لهم تقييم ولكن الأعراض والخلل لم تكن كافية لتشخيص **ADHD** قد يستفيدون أيضاً من مثل هذه المعلومات.

٤ - ٣ وفر معلومات للأشخاص الذين تم تشخيص **ADHD** لديهم (وأسرهم أو مقدمي الرعاية لهم حسبما ينطبق) بحيث:

- تأخذ هذه المعلومات في الاعتبار مستوى نموهم، أسلوبهم المعرفي، نضجهم العاطفي وقدراتهم المعرفية، بما في ذلك أية صعوبات في التعلم، مشاكل في البصر أو السمع، تأخير في النمو اللغوي، أو صعوبات في التواصل الاجتماعي
- تأخذ في الاعتبار أيضا أية حالات مرافقة مرتبطة بالصحة النفسية والنمو العصبي
- تكون مصممة حسب احتياجاتهم وظروفهم الفردية، بما في ذلك العمر والجنس والمستوى التعليمي ومرحلة الحياة.

## تقديم الدعم للأسر ومقدمي الرعاية

٤ - ٤ اسأل أسر من يعانون من **ADHD** أو مقدمي الرعاية لهم عن كيفية تأثير **ADHD** عليهم وعلى أفراد الأسرة الآخرين، وناقش أية مخاوف لديهم.

٤ - ٥ شجع أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية للأشخاص من ذوي **ADHD** على إجراء تقييم لاحتياجاتهم الشخصية والاجتماعية والصحية العقلية، والانضمام لمجموعات المساعدة الذاتية والدعم إذا كان ذلك ملائما.

٤ - ٦ فكر في احتياجات والد/ والدة يعاني/ تعاني من **ADHD**، ولديهما طفل يعاني من **ADHD**، بما في ذلك ما إذا كانا بحاجة إلى دعم إضافي بشأن الاستراتيجيات التنظيمية (مثل الالتزام بالعلاج، الروتين المدرسي اليومي).

٤ - ٧ قدم المشورة لآباء وأمهات الأطفال والفتيان من ذوي **ADHD** ومقدمي الرعاية لهم حول أهمية:

- التواصل الإيجابي بين الوالدين (ومقدم الرعاية) والطفل
- وضع قواعد واضحة وملائمة بشأن السلوك والتعامل المتسق مع الطفل أو الفتى
- تنظيم يوم الطفل أو الفتى.

٤ - ٨ قدم المشورة لأسرة الشخص البالغ من ذوي **ADHD** ومقدم الرعاية له بشأن ما يلي:

- كيف يُمكن أن يؤثر **ADHD** على العلاقات
- كيف يمكن أن يؤثر **ADHD** على أداء الشخص
- أهمية التنظيم في النشاطات اليومية

٤ - ٩ اشرح للوالدين ومقدمي الرعاية أن أي توصية تتعلق بتدريب/ تعليم الوالدين لا تعني أن رعايتهم سيئة، بل الهدف منها هو رفع مستوى مهاراتهم إلى الحد الأقصى لتلبية احتياجات الأطفال والفتيان من ذوي **ADHD** التي تفوق المستوى الاعتيادي للرعاية المطلوبة من الوالدين.

## إشراك المدارس والكليات والجامعات

٤ - ١٠ عند تشخيص ADHD، وحين تتغير الأعراض، وعند الانتقال من مدرسة إلى أخرى، أو من المدرسة إلى الكلية، أو من الكلية إلى الجامعة، احصل على موافقة ثم اتصل بالمدرسة أو الكلية أو الجامعة لتشرح:

- صحة تشخيص ADHD، وكيف يُحتمل أن تؤثر الأعراض على حياة المدرسة أو الكلية أو الجامعة
- الحالات المرافقة الأخرى (مثل، صعوبات التعلم) تختلف عن ADHD، وقد تحتاج إلى تعديلات مختلفة
- خطة العلاج والاحتياجات التعليمية الخاصة التي تم تحديدها، بما في ذلك تقديم المشورة بشأن التعديلات المعقولة والتعديلات البيئية ضمن المرفق التعليمي
- قيمة التغذية الراجعة من المدارس، الكليات، والجامعات للأشخاص من ذوي ADHD والمختصين الذين يقدمون لهم رعاية صحية.

## اشراك أخصائيي الرعاية الصحية الآخرين

٤ - ١١ عندما يكون الشخص ذوي ADHD لديه حالة مرافقة، اتصل بأخصائيي الرعاية الصحية المعني لشرح ما يلي:

- صحة ونطاق ومضامين تشخيص ADHD
- كيف يُحتمل أن تؤثر أعراض ADHD على سلوك الشخص (على سبيل المثال، التنظيم، إدارة الوقت، التحفيز) وعلى الالتزام بالعلاجات المحددة
- خطة العلاج وقيمة التغذية الراجعة من أخصائيي الرعاية الصحية.

## التخطيط للعلاج

٥ - ١ ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية التأكد من استمرارية العلاج للأشخاص ذوي **ADHD**.

٥ - ٢ تأكد من أن لدى الشخص ذوي **ADHD** خطة علاج مشتركة كاملة وشاملة تتناول الاحتياجات النفسية، السلوكية، والمهنية أو التعليمية. خذ بعين الاعتبار ما يلي:

- شدة أعراض **ADHD** والخلل، وكيف يؤثران أو يمكن أن يؤثرا على الحياة اليومية (بما فيها النوم)
- أهدافه
- عوامل المرونة والحماية لديه
- التأثير النسبي للحالات الأخرى المتعلقة بالنمو العصبي أو الصحة النفسية
- التأثير النسبي أو التفاعل للحالات الطبية العامة الأخرى و/ أو علاجاتها.

٥ - ٣ ناقش بانتظام مع الأشخاص من ذوي **ADHD**، وأفراد أسرهم أو مقدمي الرعاية لهم، كيف يريدون المشاركة في تخطيط وقرارات العلاج، مع العلم أنه ينبغي إجراء هذه المناقشات على فترات منفصلة لتأخذ بعين الاعتبار التغيرات في الظروف (على سبيل المثال، الانتقال من خدمات الأطفال إلى خدمات البالغين) ومستوى النمو، وينبغي ألا تحدث مرة واحدة فقط.

٥ - ٤ قبل البدء في أي علاج لاضطراب **ADHD**، ناقش الأمور التالية مع الشخص وأفراد أسرته أو مقدمي الرعاية له حسبما ينطبق، وشجع الأطفال والفتيان على تقديم روايتهم الخاصة عما يشعرون به:

- فوائد ومضار العلاجات غير الدوائية والدوائية (على سبيل المثال، فعالية الدواء بالمقارنة مع عدم أخذ علاج أو العلاجات غير الدوائية، والتأثيرات الضارة المحتملة ومعدلات عدم الاستجابة)
- فوائد نمط الحياة الصحي، بما في ذلك التمارين الرياضية
- تفضيلاتهم ومخاوفهم (من المهم أن نفهم أن قرار الشخص/ مقدم الرعاية ببدء العلاج أو تغييره أو إيقافه قد يتأثر بالتغطية الإعلامية والمعلمين وأفراد الأسرة والأصدقاء وتباين الآراء حول صحة تشخيص **ADHD**)
- كيف يمكن لحالات الصحة النفسية أو النمو العصبي الأخرى أن تؤثر على خيارات العلاج
- كيف يمكن للوضع الغذائي و/ أو الحالات الطبية العامة الأخرى أو نظم الأدوية الحالية أن تؤثر على قرارات العلاج
- أهمية الالتزام بالعلاج وأية عوامل قد تؤثر على هذا الالتزام (على سبيل المثال، قد يكون من الصعب تناول الدواء في المدرسة أو العمل، أو تذكر المواعيد).

سجل تفضيلات الشخص ومخاوفه في خطة علاجه.

٥ - ٥ اسأل الفتيان (أقل من ١٨ سنة) والبالغين من ذوي **ADHD** ما إذا كانوا يرغبون في انضمام الأب أو الأم، شريك، صديق مقرب أو مقدم الرعاية إلى المناقشات المتعلقة بالعلاج والالتزام.

٥ - ٦ طمّن الأشخاص من ذوي **ADHD**، وعائلاتهم أو مقدمي الرعاية لهم حسبما ينطبق، أن بإمكانهم إعادة النظر في القرارات المتعلقة بالعلاج.

## الأطفال أقل من ٥ سنوات

هذه التوصيات هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا تدريبا ولديهم خبرة في مجال تشخيص وعلاج **ADHD**. انظر التوصية ٤-٣ لمعرفة تفاصيل المعلومات عن **ADHD**.

٥ - ٧ اقترح برنامج تدريب جماعي يُركز على **ADHD** لآباء وأمهات الأطفال أقل من ٥ سنوات من ذوي **ADHD** أو مقدمي الرعاية لهم باعتبار ذلك الخط الأول من العلاج .

٥ - ٨ إذا ما تبين بعد البرنامج التدريبي للوالدين الذي يُركز على **ADHD** أن أعراض **ADHD** ما زالت تسبب في مختلف البيئات والأوضاع خللا مهما في وظائف طفل عمره أقل من ٥ سنوات بعد تنفيذ ومراجعة التعديلات البيئية، احصل على مشورة من جهة متخصصة في **ADHD** ولديها خبرة في علاج **ADHD** لدى الأطفال الصغار (يفضل خدمة ثالثية).

٥ - ٩ لا تُعط دواء لـ **ADHD** لأي طفل عمره أقل من ٥ سنوات بدون الحصول على رأي ثان من اختصاصي يعمل في جهة متخصصة وذات خبرة في علاج **ADHD** لدى الأطفال الصغار (يفضل خدمة ثالثية).

## الأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان

هذه التوصيات هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا تدريبا ولديهم خبرة في تشخيص وعلاج **ADHD**.

٥ - ١٠ وفر معلومات عن **ADHD** (انظر التوصية ٤-٣) وقدم مساندة إضافية لآباء وأمهات جميع الأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان من ذوي **ADHD** ومقدمي الرعاية لهم. ينبغي أن تُركز المساندة على **ADHD**، ويُمكن أن تكون ضمن مجموعة ومؤلفة من عدد قليل من الجلسات ربما جلسة واحدة أو اثنتين. ينبغي أن تشمل المساندة:

- شرح ومعلومات عن أسباب وتأثير **ADHD**
- مشورة حول استراتيجيات تربوية للوالدين.
- الاتصال بالمدرسة، الكلية أو الجامعة بعد الحصول على الموافقة (انظر التوصية ٤-١٢)
- الوالدين ومقدمي الرعاية كليهما إن أمكن.

٥ - ١١ بالنسبة لطفل عمره ٥ سنوات فما فوق أو فتى يعانيان من **ADHD** وأعراض اضطراب التحدي الاعتراضي أو اضطراب السلوك، اقترح على الوالدين ومقدمي الرعاية الالتحاق ببرنامج لتدريب الوالدين يُركز على هذه السلوكيات ، إضافة إلى الالتحاق بمجموعة دعم يُركز على **ADHD**.

٥ - ١٢ انظر في توفير برامج تدريب فردية للوالدين ومقدمي الرعاية للأطفال والفتيان من ذوي

ADHD وأعراض اضطراب التحدي الاعتراضي أو اضطراب السلوك عندما:

- تواجه العائلات صعوبات خاصة في حضور الجلسات الجماعية (على سبيل المثال، بسبب الإعاقة، الاحتياجات المتعلقة بالتنوع مثل الاختلافات اللغوية، عجز التعلم [إعاقة ذهنية]، سوء الحالة الصحية للوالدين، مشاكل المواصلات، أو عندما تشير عوامل أخرى إلى ضعف احتمالات المشاركة العلاجية)
- تكون احتياجات الأسرة معقدة للغاية لدرجة لا يُمكن تلبيتها بواسطة برامج تدريب الوالدين الموجهة لمجموعة.

٥ - ١٣ لا تُعط أدوية للأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان إلا إذا:

- كانت أعراض **ADHD** لا تزال تُسبب خللا مهما مستمرا في مجال واحد على الأقل بعد تنفيذ التعديلات البيئية ومراجعتها
- تمت مناقشة المعلومات عن **ADHD** معهم ومع والديهم ومقدمي الرعاية (انظر التوصية ٥-٤)
- تم إجراء تقييم مرجعي (انظر التوصية ٧-٣).

انظر التوصيات بشأن الأدوية.

٥ - ١٤ انظر في إعطاء دورة علاج سلوكي معرفي للفتيان من ذوي **ADHD** والذين استفادوا من الدواء ولكن ما زالت لديهم أعراض تُسبب خللا مهما في مجال واحد على الأقل. ينبغي أن تتناول هذه الدورة المجالات التالية:

- المهارات الاجتماعية مع الأقران
- حل المشاكل
- التحكم الذاتي
- مهارات السمع النشط
- التعامل مع المشاعر والتعبير عنها

## البالغين

هذه التوصيات هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا التدريب ولديهم خبرة في تشخيص وعلاج **ADHD**. انظر التوصية ٤-٣ لمعرفة تفاصيل المعلومات عن **ADHD**.

٥ - ١٥ صِف دواء للبالغين من ذوي **ADHD** إذا كانت أعراض **ADHD** لديهم لا تزال تُسبب خللا مهما فِي مجال واحد على الأقل بعد تنفيذ التعديلات البيئية ومراجعتها. انظر التوصيات حول اختيار الدواء.

٥ - ١٦ انظر في إعطاء علاج غير دوائي للبالغين من ذوي **ADHD** والذين:

- قرروا عن علم ومعرفة عدم اختيار العلاج الدوائي
- يجدون صعوبة في الالتزام بالعلاج الدوائي
- وجدوا الدواء غير فعال أو لم يقدروا على احتماله

٥ - ١٧ انظر في اعطاء علاج غير دوائي مع الدواء للبالغين من ذوي **ADHD** والذين استفادوا من الدواء ولكن أعراضهم ما زالت تُسبب خللا مهما في مجال واحد على الأقل.

٥ - ١٨ عندما يكون هناك ما يوجب العلاج غير الدوائي للبالغين من ذوي **ADHD**، وفر لهم ما يلي كحد أدنى.

- تدخل نفسي مساند منظم يُركز على **ADHD**
- متابعة منتظمة إما شخصيا أو من خلال الهاتف.

قد يشتمل العلاج على عناصر من العلاج السلوكي المعرفي أو دورة كاملة منه.

## ٦ المشورة الغذائية

٦ - ١ ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية التركيز على أهمية الوجبات المتوازنة، التغذية الجيدة والتمارين الرياضية للأطفال والفتيان والبالغين من ذوي **ADHD**.

٦ - ٢ لا تنصح بإزالة الإضافات والملونات الصناعية من الطعام على أساس أنها علاج ملائم عموما للأطفال والفتيان من ذوي **ADHD**.

٦ - ٣ اسأل عن الأطعمة أو المشروبات التي يبدو أنها تؤثر في سلوك الحركة الزائدة كجزء من التقييم السريري لاضطراب **ADHD** لدى الأطفال والفتيان، و:

- إذا كان هناك ارتباط واضح، اطلب من الوالدين أو مقدمي الرعاية الاحتفاظ بمفكرة للأطعمة والمشروبات المتناولة وسلوك **ADHD**.
- إذا كانت المفكرة تؤيد وجود علاقة بين أطعمة ومشروبات محددة والسلوك، اقترح تحويل إلى أخصائي التغذية.
- تأكد من أن المزيد من العلاج (على سبيل المثال، إزالة أطعمة معينة) يتم اتخاذه بصفة مشتركة من قبل أخصائي التغذية، اختصاصي الصحة النفسية أو طبيب الأطفال، الوالدين أو مقدم الرعاية، والطفل أو الفتى.

٦ - ٤ لا تنصح ب ولا تصف مكملات الحمض الدهني لمعالجة **ADHD** لدى الأطفال والفتيان.

٦ - ٥ أخبر أفراد أسرة الطفل الذي يعاني من **ADHD** أو مقدمي الرعاية له أنه لا يوجد دليل حول فعالية " الحمية الغذائية المقيدة" أو أضرارها المحتملة على المدى الطويل للأطفال من ذوي **ADHD**، وإنما هناك فقط دليل محدود على فوائد قصيرة الأمد .

# ٧ الأدوية

هذه التوصيات باستثناء التوصية ٧-٢٨ هي للمختصين في الرعاية الصحية الذين تلقوا التدريب ولديهم الخبرة في تشخيص وعلاج ADHD .

٧ - ١ جميع أدوية ADHD ينبغي ألا تُعطى إلا بمبادرة من اختصاصي الرعاية الصحية الذي تلقى التدريب ولديه الخبرة في تشخيص وعلاج ADHD.

٧ - ٢ ينبغي على اختصاصي الرعاية الصحية الذي يصف دواء لاضطراب ADHD:

- أن يكون ملما ببيانات الحركية الدوائية لجميع المستحضرات قصيرة وطويلة المفعول المتوفرة لاضطراب ADHD.
- أن يتأكد من أن العلاج مصمم بكفاءة للاحتياجات الفردية للطفل، الفتى أو الشخص الكبير.
- أن يأخذ بعين الاعتبار الاختلافات في التَوافُرُ البُيولوجيّ أو بيانات الحركية الدوائية للمستحضرات المختلفة لتجنب تدني المفعول أو التأثيرات الضارة الشديدة.

## التقييم المرجعي

٧ - ٣ قبل إعطاء دواء لاضطراب ADHD، ينبغي إجراء تقييم كامل للشخص ذوي ADHD، يشمل ما يلي:

١. مراجعة للتأكد من أن الشخص ما زال يستوفي معايير ADHD ويحتاج إلى علاج

٢. مراجعة للصحة العقلية والظروف الاجتماعية، تشمل ما يلي:

» وجود حالات مرافقة مرتبطة بالصحة النفسية والنمو العصبي
» الظروف التعليمية أو ظروف التوظيف حاليا
» تقييم مخاطر إساءة استعمال المواد المخدرة وتحويل الدواء
» احتياجات الرعاية

٣. مراجعة الصحة البدنية، تشمل:

* التاريخ الطبي مع الأخذ بعين الاعتبار الحالات التي قد تمنع استعمال أدوية محددة
* الأدوية الحالية
* الطول والوزن (ينبغي قياسهما وتسجيلهما مقابل المدى الطبيعي للعمر والطول والجنس)
* القياس المرجعي للنبض وضغط الدم (باستعمال كفة ذات حجم ملائم مع المقارنة بالمدى الطبيعي للعمر)
* تقييم قلبي وعائي إذا كان تاريخ الأسرة إيجابي أو كانت هناك عوامل خطورة أخرى
* تخطيط كهربائي للقلب إذا كان من المحتمل أن يؤثر العلاج على الفترة كيو تي (QT interval).

٧ - ٤ ينبغي عليك تحويل الشخص للحصول على مشورة من استشاري القلب قبل بدء العلاج الدوائي لاضطراب **ADHD** في حال كان لديه أي من الآتية:

- التاريخ الطبي يشتمل على مرض قلبي خلقي أو جراحة قلبية سابقة
- التاريخ الطبي يشتمل على وفاة مفاجئة لقريب من الدرجة الأولى تحت سن ٤٠ تشير إلى مرض قلبي
- ضيق نفس لدى الإجهاد بالمقارنة مع الأقران
- إغماء لدى الإجهاد أو استجابة للخوف أو الضجيج
- خفقان سريع ومنتظم يبدأ ويتوقف فجأة (العثرات العرضية العابرة هي في الغالب منتبذة ولا تتطلب استقصاءات)
- ألم في الصدر يوحي بأن منشأه القلب
- علامات على فشل قلبي
- نفخة تُسمع عند فحص القلب
- ضغط دم مُصنف على أنه ضغط مرتفع للبالغين

٧ - ٥ اطلب تحويل إلى أخصائي ارتفاع ضغط الدم للأطفال قبل بدء العلاج الدوائي لاضطراب **ADHD** إذا كان ضغط الدم فوق المركز المئوي ٩٥ بصفة مستمرة للعمر والطول للأطفال والفتيان.

## اختيار الدواء – الأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان

٧ - ٦ صِف الميثيلفينيديت (إما قصير المفعول أو طويل المفعول) باعتباره الخط الأول للعلاج الدوائي للأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان من ذوي **ADHD**.

٧ - ٧ فكر في التحول إلى ليسديكسامفيتامين للأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان الذين خضعوا لتجربة مدتها ٦ أسابيع بالميثيلفينيديت بجرعة كافية ولم يحصلوا على فائدة كافية من حيث تقليل أعراض **ADHD** والخلل المصاحب له.

٧ - ٨ فكر في إعطاء ديكسامفيتامين للأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان الذين تستجيب أعراض **ADHD** لديهم لليسديكسامفيتامين ولكنهم لا يستطيعون تحمل تأثيره المُطول.

٧ - ٩ صِف أتوموكسيتين أو غوانفاسين للأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان إذا:

- كانوا لا يستطيعون تحمل ميثيلفينيديت أو ليسديكسامفيتامين أو
- لم تستجب أعراضهم لتجربتين منفصلتين مدتهما ٦ أسابيع باستعمال ليسديكسامفيتامين وميثيلفينيديت، مع العلم أن المستحضرات البديلة والجرعات الكافية أخذت بعين الاعتبار.

## اختيار الدواء – البالغين

٧ – ١٠ صِف ليسديكسامفيتامين أو ميثيلفينيديت باعتبارهما الخط الأول للعلاج الدوائي للبالغين من ذَوي ADHD.

٧ – ١١ فكر في التحول إلى ليسديكسامفيتامين للبالغين الذين جربوا ميثيلفينيديت بجرعة كافية مدة ٦ أسابيع لكنهم لم يحصلوا على فائدة كافية من حيث انخفاض أعراض ADHD والخلل المصاحب له.

٧ – ١٢ فكر في التحول إلى ميثيلفينيديت للبالغين الذين جربوا ليسديكسامفيتامين بجرعة كافية مدة ٦ أسابيع لكنهم لم يحصلوا على فائدة كافية من حيث انخفاض أعراض ADHD والخلل المصاحب له.

٧ – ١٣ فكر في إعطاء ديكسامفيتامين للبالغين الذين تستجيب أعراض ADHD لديهم لليسديكسامفيتامين ولكنهم لا يستطيعون تحمل تأثيره المُطول.

٧ – ١٤ صِف أتوموكسيتين للبالغين إذا:

- كانوا لا يستطيعون تحمل ليسديكسامفيتامين أو ميثيلفينيديت أو
- لم تستجب أعراضهم لتجربتين منفصلتين مدتهما ٦ أسابيع باستعمال ليسديكسامفيتامين وميثيلفينيديت، مع العلم أن المستحضرات البديلة والجرعات الكافية أخذت بعين الاعتبار.

## الخيارات الدوائية الأخرى

٧ – ١٥ احصل على رأي ثان أو اطلب التحويل إلى رعاية ثالثية إذا كانت أعراض ADHD لدى طفل عمره ٥ سنوات فما فوق، فتى أو شخص كبير لا تستجيب لواحد أو أكثر من المنشطات وواحد غير منشط.

٧ – ١٦ لا تصف أيًا من الأدوية التالية لعلاج ADHD بدون استشارة من رعاية ثالثية لاضطراب ADHD :

- غوانفاسين للبالغين
- كلونيدين للأطفال من ذوي ADHD واضطراب النوم، نوبات غضب أو نفضات.
- مضادات الذهان اللانموذجية بالإضافة إلى المنشطات للأشخاص من ذوي ADHD مصحوب بعدوانية متفشية، نوبات غضب أو إثارة سريعة
- الأدوية غير المشمولة في التوصيات ٧-٦ إلى ٧-١٤.

## اختيار الأدوية – الأشخاص الذين لديهم حالات مرافقة

٧ – ١٧ صِف للأشخاص من ذوي ADHD واضطراب القلق، الاضطراب النفضي أو اضطراب طيف التَوحد نفس الخيارات من الأدوية التي توصف للأشخاص الآخرين من ذوي ADHD.

٧ – ١٨ بالنسبة للأطفال ٥ سنوات فما فوق، الفتيان والبالغين الذين تم تشخيص ADHD لديهم فإنه في حال إصابتهم بنوبة هوسية أو ذهانية حادة:

- أوقف أي دواء لاضطراب ADHD
- أعد تحويلهم إلى رعاية ثالثية لاضطراب ADHD أو طبيب نفسي متخصص، وقد يقرر هذا الطبيب إما إعادة وصف دواء ADHD أو وصف دواء جديد لـ ADHD بعد زوال النوبة، آخذا بعين الاعتبار الظروف الفردية ومخاطر وفوائد دواء ADHD

## الاعتبارات عند وصف دواء لاضطراب ADHD

٧ - ١٩ عند وصف منشطات لاضطراب ADHD، فكر في المستحضرات مُعدلة الإطلاق التي تُعطى مرة واحدة يوميا للأسباب التالية:

- يسر تناول الدواء
- تحسين الالتزام
- تخفيف الشعور بالخجل (لأنه لا حاجة لتناول الدواء في المدرسة أو في مكان العمل)
- التقليل من مشاكل تخزين وإعطاء الأدوية المتابعة في المدرسة
- مخاطر إساءة استعمال وتحويل المنشطات في حالة المستحضرات فورية الاطلاق
- بيانات الحركية الدوائية لها

قد تكون المستحضرات فورية الإطلاق ملائمة إذا ما كانت هناك حاجة لأنظمة جرعات أكثر مرونة أو خلال المعايرة الأولية لتحديد المستويات الصحيحة للجرعات.

٧ - ٢٠ عند وصف منشطات لعلاج ADHD، تذكر أن حجم التأثير، مدة التأثير والتأثيرات الضارة تختلف من شخص لآخر.

٧ - ٢١ فكر في استعمال مستحضرات فورية ومعدلة الإطلاق من المنشطات من أجل الوصول إلى التأثير الأمثل (على سبيل المثال، مستحضر مُعدل الإطلاق من الميثيلفينيديت في الصباح ومستحضر فوري الإطلاق من الميثيلفينيديت في وقت آخر من اليوم لإطالة مدة التأثير).

٧ - ٢٢ توخى الحذر عند وصف المنشطات لـ ADHD إذا كان هناك خطر بأن يتم تحويل الدواء لتعزيز الوظائف العقلية أو كبت الشهية.

٧ - ٢٣ لا تصف منشطات فورية الإطلاق أو منشطات معدلة الإطلاق يُمكن حقنها أو نفخها بسهولة إذا كان هناك خطر حدوث تحويل أو سوء استعمال لهذه المنشطات.

٧ - ٢٤ ضع في الاعتبار الحالة التغذوية للطفل (مثل مؤشر كتلة الجسم) بسبب خطر نقصان الوزن عند تناول المنشطات.

٧ - ٢٥ ينبغي على من يصف الدواء أن يكون على دراية بمتطلبات تشريعات الأدوية المتابعة التي تنظم وصف المنشطات وتوريدها. انظر لوائح وزارة الصحة السعودية إجراءات وضوابط المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

## معايرة الجرعة

٧ - ٢٦ خلال مرحلة المعايرة، ينبغي تسجيل أعراض ADHD والخلل والتأثيرات الضارة للجرعة المرجعية وعند كل تغيير في الجرعة على مقاييس موحدة من قبل الوالدين والمعلمين، ومراجعة التقدم بانتظام (على سبيل المثال، عن طريق الاتصال الهاتفي الأسبوعي) مع أخصائي.

٧ - ٢٧ عاير الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الضارة بما يتماشى مع الوصفات الوطنية السعودية حتى الوصول إلى الجرعة المثلى، أي انخفاض الأعراض، تغيير إيجابي في السلوك، وتحسن التعليم والتوظيف والعلاقات، مع تأثيرات ضارة يمكن تحملها.

٧ - ٢٨ تأكد من أن معايرة الجرعة أبطأ وأن المتابعة أكثر تكرارا إذا كان أيا من الحالات التالية موجودًا لدى الأشخاص من ذوي ADHD، وتتطلب مشاركة الأخصائي المعني:

- الاضطرابات النمائية العصبية (على سبيل المثال، اضطراب طيف التوحد، الاضطرابات النفضية، العجز عن التعلم [الإعاقة الذهنية])
- حالات الصحة النفسية (على سبيل المثال، اضطرابات القلق [بما في ذلك اضطراب الوسواس القهري]، الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب، الاكتئاب، اضطراب الشخصية، اضطرابات الأكل، اضطراب ما بعد الصدمة، إساءة استعمال المواد المخدرة)
- حالات الصحة البدنية (على سبيل المثال، مرض قلبي، صرع أو إصابة دماغية مكتسبة).

## الرعاية المشتركة للأدوية

٧ - ٢٩ بعد المعايرة وتثبيت الجرعة، يتم وصف ومراقبة دواء ADHD بموجب ترتيبات رعاية مشتركة مع الرعاية الأولية إن أمكن.

## ٨ الاستمرارية والمتابعة

٨ - ١ راقب مفعول دواء ADHD والتأثيرات الضارة، وقم بتوثيق ذلك في ملاحظات الشخص.

٨ - ٢ شجّع الأشخاص الذين يتناولون دواء ADHD على مراقبة وتسجيل التأثيرات الضارة، على سبيل المثال، باستخدام قائمة مرجعية للتأثيرات الضارة.

٨ - ٣ فكر في استخدام مقاييس تقييم موحدة للأعراض والتأثيرات الضارة لغرض التقييم السريري وطوال فترة العلاج للأشخاص من ذوي ADHD.

٨ - ٤ تأكد من أن الأطفال والفتيان والبالغين الذين يتلقون العلاج لـ ADHD يخضعون للمراجعة والمتابعة تبعا لمدى شدة الحالة، بصرف النظر عما إذا كانوا يتناولون أو لا يتناولون أدوية.

### الوزن والطول

٨ - ٥ بالنسبة للأشخاص الذين يتناولون الدواء لعلاج ADHD ينبغي ما يلي:

- قياس الطول كل ٦ أشهر للأطفال والفتيان
- قياس الوزن كل ٣ أشهر للأطفال ١٠ سنوات فما دون
- قياس الوزن بعد ٣ أشهر وبعد ٦ أشهر من بدء العلاج للأطفال فوق ١٠ سنوات والفتيان، وكل ٦ أشهر بعد ذلك، أو بصورة أكثر تكرارا إذا نشأت مخاوف
- قياس الوزن كل ٦ أشهر للبالغين
- ارسم الطول والوزن للأطفال والفتيان على ورقة رسم بياني للنمو وتأكد من مراجعة أخصائي الرعاية الصحية المسؤول عن العلاج لهذا الرسم البياني.

٨ - ٦ إذا كان نقصان الوزن يبعث على القلق السريري، فكر في الاستراتيجيات التالية:

- تناول الدواء إما مع أو بعد الطعام، وليس قبل الوجبات
- تناول وجبات إضافية أو وجبات خفيفة في الصباح الباكر أو في وقت متأخر من المساء حينما يتلاشى تأثير المنشط
- الحصول على مشورة غذائية
- تناول الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية وذات القيمة الغذائية الجيدة
- أخذ استراحة مخطط لها من العلاج
- تغيير الدواء

٨ - ٧ إذا تأثر طول الطفل أو الشاب الصغير بدرجة مهمة بمرور الوقت نتيجة لتناول الدواء (أي، لم يصل إلى الطول المتوقع لسنه)، انظر في إعطائه استراحة مخطط لها من الدواء خلال العطلات المدرسية للسماح له بتعويض النقص في النمو.

٨ - ٨ فكر في مراقبة مؤشر كتلة الجسم للبالغين من ذوي ADHD إذا كان هناك تغيير في الوزن نتيجة لعلاجهم، وتغيير الدواء إذا استمر التغيير في الوزن.

## القلب والأوعية الدموية

٨ - ٩ راقب معدل دقات القلب وضغط الدم وقارنهما مع المدى الطبيعي للعمر قبل وبعد كل تغيير في الجرعة وكل ٦ أشهر.

٨ - ١٠ لا تطلب اختبارات روتينية للدم (بما في ذلك اختبارات وظائف الكبد) أو تخطيط كهربائي للقلب للأشخاص الذين يتناولون معالجة دوائية لـ **ADHD** إلا إذا كان هناك موجب سريري.

٨ - ١١ إذا تعرض شخص يتناول معالجة دوائية لـ **ADHD** لحالة تسرع القلب أثناء الراحة (أكثر من ١٢٠ دقة في الدقيقة) أو اختلال في النظم أو تجاوز ضغط الدم الانقباضي المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة من الناحية السريرية) وفقا للقياس الذي أخذ في مناسبتين اثنتين، خفض الجرعة الموصوفة له وحوله إلى أخصائي ارتفاع ضغط الدم للأطفال أو طبيب البالغين.

٨ - ١٢ إذا عانى شخص يتناول دواء غوانفاسين من انخفاض ضغط الدم الانتصابي أو نوبات الإغماء، خفض جرعته أو حوله إلى دواء آخر لـ **ADHD**.

## النفضات

٨ - ١٣ إذا لوحظت نفضات لدى شخص يتناول منشطات، فكر فيما إذا:

- كان للنفضات علاقة بالمنشط (النفضات تشتد وتتلاشى بشكل طبيعي)، و
- كان الخلل المرتبط بالنفضات يفوق فوائد علاج **ADHD**.

٨ - ١٤ إذا كان للنفضات علاقة بالمنشط، قم بتخفيض جرعة المنشط، أو فكر في تغييره إلى غوانفاسين (للأطفال ٥ سنوات فما فوق والفتيان فقط)، أتوموكسيتين، كلونيدين  أو إيقافه.

## العجز الجنسي

٨ - ١٥ راقب الفتيان والبالغين من ذوي **ADHD** لملاحظة أي خلل في الوظيفة الجنسية (أي، خلل وظيفي في الانتصاب والقذف) باعتباره أحد التأثيرات الضارة المحتملة للأتوموكسيتين.

## النوبات

٨ - ١٦ إذا أصيب شخص يعاني من **ADHD** بنوبات جديدة أو تفاقمت النوبات الحالية لديه، راجع دواء **ADHD** الذي يتناوله وأوقف أي دواء ربما كان يُساهم في النوبات. وبعد التشاور مع طبيب الأعصاب المعالج، استأنف دواء **ADHD** بحذر إذا كان من غير المحتمل أن يكون هو سبب النوبات.

## النوم

٨ - ١٧ راقب التغيرات في نمط النوم (على سبيل المثال، باستعمال مفكرة خاصة بالنوم) وعدل الدواء تبعا لذلك.

## ازدياد السلوك سوءا

٨ - ١٨ راقب الاستجابة السلوكية للدواء، وإذا ازداد السلوك سوءا، قم بتعديل الدواء ومراجعة التشخيص.

## تحويل المنشط

٨ - ١٩ يجب على المختصين في الرعاية الصحية والوالدين أو مقدمي الرعاية مراقبة التغيرات في احتمال إساءة استعمال المنشطات وتحويلها، التي قد تحدث نتيجة التغيرات في الظروف والعمر.

## ٩ الالتزام بالعلاج

٩ – ١ تذكر أن أعراض **ADHD** قد تجعل من الصعب على الشخص الالتزام بخطة العلاج (على سبيل المثال، قد ينسى طلب الدواء واستلامه).

٩ – ٢ تأكد من أن الشخص يعرف تماما الموازنة بين مخاطر وفوائد أي علاج لاضطراب **ADHD**، وتحقق من أن مشاكل الالتزام ليست ناتجة عن المفاهيم الخاطئة (على سبيل المثال، أخبر الشخص أن الدواء لا يُغيّر شخصيته).

٩ – ٣ شجع الشخص ذوي **ADHD** على استعمال الاستراتيجيات التالية لدعم الالتزام بالعلاج:

- أن يكون مسؤولاً عن صحته، بما في ذلك تناول أدويته حسب الحاجة
- اتباع تعليمات واضحة حول كيفية تناول الدواء معدة بشكل مصور أو مكتوب، قد تتضمن معلومات عن الجرعة والمدة والتأثيرات الضارة وجدول الجرعات (ينبغي أن تظل التعليمات مع الدواء، على سبيل المثال، ملصق على جانب العلبة)
- استخدام وسائل تذكير بصرية لضمان تناول الدواء بانتظام (على سبيل المثال، تطبيقات، أجهزة تنبيه، ساعات، صارف أقراص، أو ملاحظات على التقويم أو الثلاجة)
- تناول الدواء كجزء من الروتين اليومي (على سبيل المثال، قبل الوجبات أو بعد تنظيف الأسنان بالفرشاة)
- حضور مجموعات دعم الأقران (للشخص ذوي **ADHD** والأسرة أو مقدم الرعاية) .

٩ – ٤ شجع الوالدين ومقدم الرعاية على أن يتولوا الإشراف على دواء **ADHD** للأطفال والفتيان.

### دعم الالتزام بالعلاجات غير الدوائية

٩ – ٥ قدم الدعم للالتزام بالعلاجات غير الدوائية (على سبيل المثال، العلاج المعرفي السلوكي) من خلال مناقشة ما يلي:

- الموازنة بين المخاطر والفوائد (على سبيل المثال، كيف يُمكن للعلاج أن يكون له تأثير إيجابي على أعراض **ADHD**)
- العوائق المحتملة أمام الاستمرار في العلاج، بما في ذلك:
  - عدم التأكد من أن العلاج له تأثير مفيد
  - الوقت والمهارات التنظيمية الضرورية للالتزام بالعلاج
  - الوقت الذي قد تكون هناك حاجة إليه خارج الجلسات (على سبيل المثال، لإكمال الواجب المنزلي)
- استراتيجيات التعامل مع أية عوائق محددة (على سبيل المثال، جدولة الجلسات لتقليل الإزعاج أو البحث عن دورات تدريبية مع توفير رعاية للطفل)
- أحد التأثيرات المحتملة للعلاج يتمثل في زيادة الوعي الذاتي وما قد يُشكله من تحديات للشخص والمحيطين به
- أهمية الالتزام طويل الأجل إلى ما بعد انتهاء أي برنامج أولي (على سبيل المثال، من خلال حضور جلسات المتابعة / تجديد الدعم للحفاظ على الاستراتيجيات التي تعلمها الشخص).

## ١٠ مراجعة الدواء وإيقافه

١٠-١ ينبغي على اختصاصي الرعاية الصحية الذي يتمتع بتدريب وخبرة في علاج **ADHD** مراجعة أدوية **ADHD** مرة واحدة على الأقل سنويًا ومناقشة الشخص المصاب باضطراب **ADHD** (وأسرته أو مقدمي الرعاية حسبما ينطبق) حول ما إذا كان ينبغي مواصلة الدواء. ينبغي أن تتضمن المراجعة تقييماً شاملاً لما يلي:

- ما يفضله الطفل أو الفتى أو الكبير ذوي **ADHD** (والأسرة أو مقدمي الرعاية حسبما هو ملائم)
- الفوائد، بما في ذلك مدى فعالية العلاج الحالي طوال اليوم
- التأثيرات الضارة
- الحاجة السريرية وما إذا كان قد تم الوصول إلى الفعالية المثلى للدواء
- التأثير على التعليم و/ أو التوظيف
- تأثيرات الجرعات الفائتة، وتخفيضات الجرعة المخطط لها، وفترات التوقف عن العلاج
- تأثير الدواء على الصحة النفسية الحالية أو الجديدة، الصحة البدنية أو حالات النمو العصبي
- الحاجة إلى الدعم ونوع الدعم (على سبيل المثال، نفسي، تعليمي، اجتماعي) إذا ما تم تحقيق الفعالية المثلى للدواء ولكن أعراض **ADHD** استمرت في التسبب بخلل كبير.

١٠-٢ شجّع الأشخاص من ذوي **ADHD** على مناقشة أية رغبات في إيقاف الدواء أو تغييره وعلى المشاركة في أية قرارات بشأن إيقاف العلاجات.

١٠-٣ فكر في إيقاف الدواء أو تخفيض الجرعة لفترة من الزمن على سبيل التجربة عندما يشير تقييم الموازنة الإجمالية للفوائد والأضرار إلى أن ذلك قد يكون ملائما. أما إذا تم اتخاذ قرار بمواصلة العلاج، فيجب توثيق أسباب ذلك.

# المصطلحات

## اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)

يشير اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) إلى «الأنواع» لـ ADHD على النحو المُعرف في التصنيف العالمي للأمراض، المراجعة العاشرة [ICD-10]، أو «المظاهر» لـ ADHD على النحو المُعرف في التصنيف العالمي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة [ICD-11]، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة [DSM-V].

## المجالات

يقصد بالمجالات المجالات الوظيفية، على سبيل المثال، العلاقات البينية الشخصية، التعليم والمستوى المهني، وإدراك المخاطر.

## التعديلات البيئية

التعديلات البيئية هي التغييرات التي يتم إدخالها على البيئة المادية من أجل تقليل تأثير ADHD على الحياة اليومية للشخص المصاب به. وتعتمد التعديلات البيئية الملائمة على الظروف الخاصة لكل شخص مصاب بـ ADHD، وينبغي تحديدها من خلال تقييم احتياجاته. وقد تشمل الأمثلة تغييرات في ترتيبات الجلوس، وتغييرات في الإضاءة والضجيج، والتقليل من مسببات تشتت الانتباه (على سبيل المثال، استخدام سماعات الرأس)، وتحقيق الكفاءة المثلى للعمل أو التعليم من خلال تقصير فترات التركيز مع فترات استراحة للحركة (بما في ذلك استخدام بطاقات "أحتاج إلى استراحة")، وتعزيز الطلبات الشفهية بتعليمات مكتوبة و، بالنسبة للأطفال، الاستعمال المناسب لمساعدي التدريس في المدرسة.

## تعديلات معقولة / تكييف

التعديلات المعقولة هي مصطلح يُشير إلى الالتزامات القانونية لأصحاب العمل ومقدمي التعليم العالي للتأكد من أن العمال أو الطلاب من ذوي إعاقة أو حالات صحية بدنية أو عقلية لا يعانون أيضا من إجحاف مهم عند القيام بوظائفهم أو أثناء تعليمهم. مصطلح تكييف معقول أكثر شيوعًا في بيئة تعليمية.

## خطة العلاج المشتركة

خطة علاجية مكتوبة مشتركة بين اختصاصي الرعاية الصحية والشخص ذوي ADHD، أما بالنسبة للأطفال، فإنه يمكن مشاركة الخطة على نطاق أوسع (على سبيل المثال، مع الأسرة أو المدرسة أو الرعاية الاجتماعية، إذا كان ذلك مناسبًا ومتفقا عليه).

### البيئات

يُقصد بها المكان، على سبيل المثال، المنزل، الحضانة، منزل الأصدقاء أو العائلة.

### الرعاية الأولية

المراكز الصحية (المستوصفات)

### الرعاية الثانوية

المستشفيات العامة

### الرعاية الثلاثية

المستشفيات التخصصية

### الأطفال / الطفل

أقل من ٥ سنوات

### الفتيان / الفتى

من ٥ إلى ١٨ سنة

(تشمل الذكور والإناث)

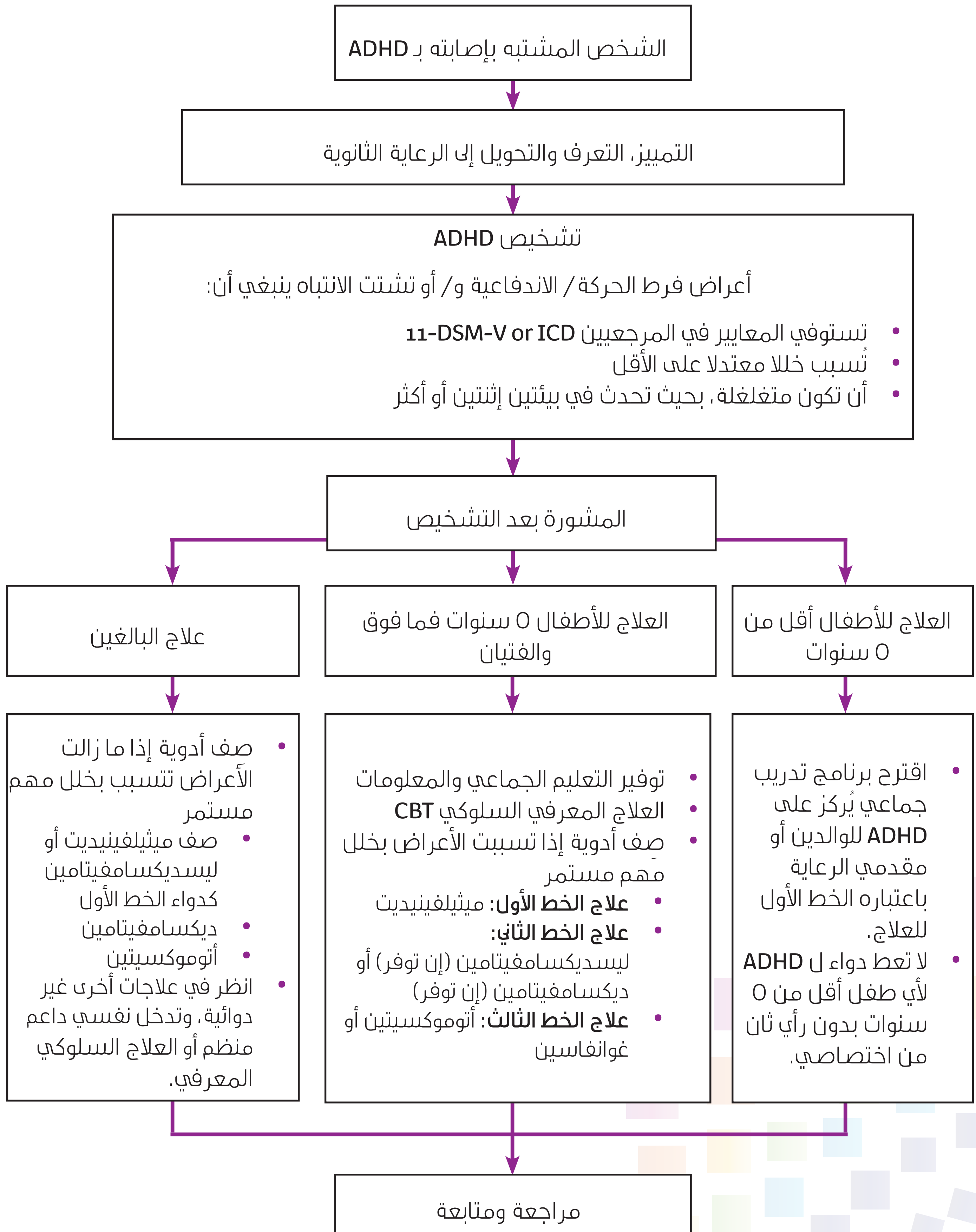
### البالغين

فوق ١٨ سنة

# أدوات واعتبارات التنفيذ

# ا: الخوارزمية السريرية

خوارزمية علاج ADHD



## ٢: معايير الجودة لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)

يشمل هذا الملحق سبعة معايير للجودة والتي يمكن استخدامها كمؤشرات للأداء لتحسين الجودة. وفي هذه النسخة السريرية القصيرة من الدليل الإرشادي السريري، يتم عرض المعايير الرئيسية فقط للرجوع اليها. وللاطلاع على معايير الجودة الكاملة لـ ADHD، يرجى الاطلاع على النسخة الكاملة من الدليل الإرشادي السريري المتوفرة على العنوان التالي: adhd.org.sa/cpg

### المعيار ١. تأكيد التشخيص:

يتم تحويل الأطفال والفتيان من ذوي أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) إلى أخصائي ADHD للتقييم.

### المعيار ٢. التعرف على ADHD والتحويل للبالغين:

البالغين الذين يراجعون الطبيب بسبب أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD)، والذين لم يسبق تشخيص ADHD لديهم في مرحلة الطفولة، يتم تحويلهم إلى أخصائي ADHD للتقييم.

### المعيار ٣. الاستمرارية من خدمات الأطفال إلى خدمات البالغين:

البالغين الذين تم تشخيصهم وعلاجهم من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) كأطفال أو أشخاص صغار، والذين يراجعون الطبيب بسبب أعراض توحي باستمرار ADHD، يتم تحويلهم إلى خدمات الطب النفسي العام للبالغين.

### المعيار ٤. برامج تدريب الوالدين:

آباء وأمهات الأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) أو مقدمي الرعاية لهم الذين يستوفون معايير الأهلية للمعهد القومي للصحة والرعاية المتميزة (NICE)، تُقدم لهم تحويل إلى برنامج لتدريب الوالدين.

### المعيار ٦. بدء العلاج بالعقاقير:

بالنسبة للأشخاص من ذوي اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه (ADHD) والذين سيبدؤون العلاج بالعقاقير، يتم تعديل جرعة الدواء الأولى وتقييم الاستجابة من قبل أخصائي ADHD.

### المعيار ٧. المراجعة السنوية للعلاج بالعقاقير:

الأشخاص من ذوي اضطراب فرط النشاط وتشتت الانتباه (ADHD) والذين يتلقون العلاج بالأدوية يخضعون لمراجعة سنوية واحدة على الأقل بواسطة أخصائي لتقييم حاجتهم للعلاج المستمر.

لتعريف المصطلحات، الأساس المنطقي، قياسات الجودة (التنظيم، العملية، والنتيجة مع مصدر البيانات لكل منها)، قيمة كل معيار من معايير الجودة لمقدمي الخدمات، الرعاية الصحية والاجتماعية، الممارسين، المفوضين، المرضى، مستعملي الخدمة، مقدمي الرعاية و أداة التقييم المرجعي الرابط:

https://cpg.adhd.org.sa

## ٣: جدول الأدوية

ملخص المعالجة الدوائية للأشخاص من ذوي ADHD

### أ- الأطفال والفتيان

لا يُنصح بالمعالجة الدوائية لأطفال ما قبل المدرسة من ذوي **ADHD** بدون رأي ثان من ممارس متخصص بـ **ADHD**. حتى تاريخ النشر، لم تصدر موافقة على ترخيص ليسديكسامفيتامين وديكسامفيتامين من الهيئة العامة للغذاء والدواء. ينبغي أخذ موافقة عن علم وتوثيقها.

لا يُستعمل العلاج بالأدوية كخط العلاج الأول لجميع الأطفال في سن المدرسة والفتيان من ذوي **ADHD**. ينبغي أن يكون هذا العلاج بالأدوية مخصصا لأولئك من ذوي أعراض شديدة وخلل شديد أو لأولئك من ذوي مستويات معتدلة من الخلل والذين رفضوا العلاجات غير الدوائية، أو الذين لم تستجب أعراضهم بشكل كاف لبرامج تدريب/ تعليم الوالدين أو العلاج النفسي الجماعي حيثما كان ذلك متاحًا.

لا يُنصح بمضادات الذهان ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لعلاج **ADHD** لدى الأطفال والفتيان.

| | الاسم | الموجب | الترخيص ه.غ.د | الجرعة | التدابير الوقائية الخاصة والرقابة |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | الميثيلفينيديت | ADHD غير مصحوب بحالة مهمة<br>ADHD مصحوب باضطراب في السلوك<br>ADHD مع نفضات، متلازمة توريت، اضطراب القلق، سوء استعمال المنشط، أو خطر تحويل المنشط | مرخص | المستحضرات معدلة الإطلاق هي المفضلة بسبب:<br>السهولة<br>تحسين الالتزام<br>الحد من الشعور بالخجل (لأن الطفل أو الفتى لا يحتاج إلى تناول الدواء في المدرسة)<br>الحد من المشكلات التي تواجه المدارس في تخزين وإعطاء العقاقير المتابعة<br>بيانات الحركيات الدوائية لها<br>ينبغي أن تبدأ المعالجة الأولية بجرعات منخفضة من المستحضرات فورية أو معدلة الإطلاق بما يتوافق مع "بدء الجرعات" في الوصفات الوطنية السعودية (SNF)<br>ينبغي معايرة الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الجانبية على مدى ٤ إلى ٦ أسابيع حتى الوصول إلى الجرعة المثلى<br>ينبغي إعطاء المستحضرات معدلة الإطلاق كجرعة واحدة في الصباح<br>ينبغي إعطاء المستحضرات فورية الإطلاق مجزأة إلى جرعتين أو ثلاث جرعات<br>يمكن زيادة الميثيلفينيديت إلى ٠,٧ ملغم/ كغم للجرعة حتى ثلاث مرات في اليوم أو جرعة يومية إجمالية ٢,١ ملغم/ كغم في اليوم (حتى جرعة قصوى إجمالية ٩٠ ملغم/ يوم للإطلاق الفوري، أو جرعة مكافئة من الميثيلفينيديت معدل الإطلاق) | ينبغي قياس الطول كل ٦ أشهر<br>ينبغي قياس الوزن بعد ٣ و٦ أشهر من بدء العلاج الدوائي وكل ٦ أشهر بعد ذلك<br>ينبغي رسم الطول والوزن على مخطط رسم بياني للنمو ومراجعته بواسطة أخصائي الرعاية الصحية المسؤول عن العلاج<br>ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية والوالدين أو مقدمي الرعاية مراقبة التغيرات في احتمال إساءة استعمال الدواء وتحويله، التي قد تترافق مع التغييرات في الظروف والعمر. وفي مثل هذه الأوضاع، قد يكون من الأفضل استعمال أتوموكسيتين أو ميثيلفينيديت معدل الإطلاق<br>إذا عانى الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، أو اختلال النظم القلبي أو ضغط دم انقباضي أعلى من المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة سريريا) تم قياسه في مناسبتين اثنتين، فينبغي تخفيض جرعته وتحويله إلى طبيب أطفال.<br>إذا ظهرت أعراض ذهانيه (على سبيل المثال، توهمات وهلوسة) لدى بدء الميثيلفينيديت أو الديكسامفيتامين، فينبغي سحب الدواء وإجراء تقييم طبي نفسي كامل. يمكن اعتبار أتوموكسيتين كبديل.<br>على الرغم من عدم وجود دليل على أن الميثيلفينيديت يزيد من خطر النوبات، إلا انه إذا تفاقمت النوبات لدى طفل أو فتى مصاب بالصرع، أو ظهرت نوبات جديدة بعد إعطاء الميثيلفينيديت، فإنه ينبغي إيقاف هذا الدواء على الفور. يمكن اعتبار ديكسامفيتامين بديلاً بالتشاور مع مركز علاج متخصص ثالثي إقليمي.<br>إذا ظهرت نفضات لدى الأشخاص الذين يتناولون الميثيلفينيديت، فإنه ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية النظر فيما إذا:<br>كانت النفضات متعلقة بالمنشط (النفضات تشتد وتتلاشى بشكل طبيعي)<br>كان الخلل المتعلق بالنفضات يفوق فوائد علاج ADHD<br>إذا كانت النفضات متعلقة بالمنشط، قلل من جرعة الميثيلفينيديت، أو انظر في تغييره إلى أتوموكسيتين، أو إيقاف العلاج الدوائي. |

| | الاسم | الموجب | الترخيص ه.غ.د | الجرعة | التدابير الوقائية الخاصة والرقابة |
|---|---|---|---|---|---|
| ٢ | أتوموكسيتين | في حال وجود نفضات، متلازمة توريت، اضطراب القلق، سوء استعمال المنشط أو خطر تحويل المنشط<br><br>في حال تجربة الميثيلفينيديت ولم يكن فعالاً بالجرعة القصوى الممكن تحملها، أو كان الطفل أو الفتى لا يتحمل جرعات منخفضة أو معتدلة من الميثيلفينيديت | مرخص | بالنسبة لأولئك الذين يصل وزنهم إلى ٧٠ كغم، ينبغي أن تكون الجرعة اليومية الإجمالية الأولية حوالي ٠,٥ ملغم/ كغم، تزداد بعد ٧ أيام إلى حوالي ١,٢ ملغم/ كغم/ يوم<br><br>أما الذين يزيد وزنهم عن ٧٠ كغم، فينبغي أن تكون الجرعة اليومية الإجمالية الأولية ٤٠ ملغم، تزداد بعد ٧ أيام حتى جرعة صيانية ٨٠ ملغم/ يوم<br><br>يمكن إعطاء جرعة واحدة يوميا، ويمكن أيضا تقسيمها إلى جرعتين لتقليل التأثيرات الجانبية<br><br>يمكن زيادة أتوموكسيتين إلى ١,٨ ملغم/ كغم/ يوم (حتى جرعة قصوى إجمالية ١٢٠ ملغم/ يوم). | ينبغي مراقبة الأشخاص الذين يتلقون أتوموكسيتين لملاحظة أي هيجان، سرعة إثارة، تفكير في الانتحار وسلوك إيذاء الذات، وتغييرات غير عادية في السلوك، خاصة خلال الأشهر الأولى من العلاج، أو بعد تغيير الجرعة.<br><br>إذا عانى الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، اختلال النظم أو ضغط دم انقباضي أعلى من المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة سريريا) تم قياسه مرتين، فينبغي تخفيض جرعته وتحويله إلى طبيب أطفال.<br><br>إذا تفاقمت النوبات لدى طفل أو فتى مصاب بالصرع، أو ظهرت نوبات جديدة بعد إعطاء أتوموكسيتين، فينبغي إيقاف الدواء على الفور. يمكن اعتبار ديكسامفيتامين بديلاً بالتشاور مع مركز علاج متخصص ثالثي إقليمي. |
| ٣ | ديكسامفيتامين<br><br>أو<br><br>ليسديكسامفيتمين | ينبغي النظر في إعطاء ديكسامفيتامين (إن توفر) للأطفال والفتيان من ذوي ADHD لا يستجيب للجرعة القصوى الممكن تحملها من ميثيلفينيديت أو أتوموكسيتين | غير مرخص من ه.غ.د حتى تاريخ النشر | ينبغي أن تبدأ المعالجة الأولية بجرعات منخفضة<br><br>ينبغي معايرة الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الجانبية على مدى ٤ إلى ٦ أسابيع<br><br>ينبغي إعطاء العلاج بجرعات مجزأة تزداد إلى ٢٠ ملغم/ يوم كحد أقصى<br><br>بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ و١٨ عامًا، قد تكون هناك حاجة أحيانًا إلى جرعات تصل إلى ٤٠ ملغم/ يوم | ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية والوالدين أو مقدمي الرعاية مراقبة التغيرات في احتمال إساءة استعمال الدواء وتحويله، التي قد تترافق مع التغييرات في الظروف والعمر. وفي هذه الأوضاع، قد يكون من الأفضل استعمال أتوموكسيتين أو ميثيلفينيديت معدل الإطلاق<br><br>إذا عانى الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، أو اختلال النظم القلبي أو ضغط دم انقباضي أعلى من المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة سريريا) تم قياسه في مناسبتين اثنتين، فينبغي تخفيض الجرعة وتحويله إلى طبيب أطفال.<br><br>إذا ظهرت أعراض ذهانيه (على سبيل المثال، توهمات وهلوسات) لدى بدء ميثيلفينيديت أو ديكسامفيتامين، فينبغي سحب الدواء وإجراء تقييم نفسي كامل. يمكن اعتبار أتوموكسيتين كبديل.<br><br>إذا ظهرت نفضات لدى الأشخاص الذين يتناولون ديكسامفيتامين، فإنه ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية ملاحظة ما إذا:<br><br>كانت النفضات متعلقة بالمنشط (النفضات تشتد وتتلاشى بشكل طبيعي)<br><br>كان الخلل المرتبط بالنفضات يفوق فوائد علاج ADHD<br><br>إذا كانت النفضات متعلقة بالمنشط، خفض جرعة ديكسامفيتامين، انظر في تغييره إلى أتوموكسيتين، أو أوقفه. |

|  | الاسم | الموجب | الترخيص ه.غ.د | الجرعة | التدابير الوقائية الخاصة والرقابة |
|---|---|---|---|---|---|
| ٤ | بوبروبيون، كلونيدين، مو د أ فينيل ، إميبرامين | للأطفال والفتيان من ذوي ADHD لا يستجيب لميثيلفينيديت، أتوموكسيتين وديكسامفيتامين | لغير الغرض المرخص له |  | لا ينبغي النظر في استخدام الأدوية غير المرخصة ل ADHD إلا في إطار الخدمات الثالثية.<br>ينبغي الحصول على موافقة عن علم وتوثيقها.<br>ينبغي إجراء فحص للقلب والأوعية وتخطيط كهربائي للقلب (ECG) قبل بدء العلاج بالكلونيدين لدى الأطفال أو الفتيان من ذوي ADHD. |

## ب- علاج البالغين

العلاج بالأدوية هو الخط الأول من العلاج للبالغين من ذوي **ADHD** مع مستوى إما معتدل أو شديد من الخلل. عقار الميثيلفينيديت هو الخط الأول من العلاج الدوائي. ومع أنه يوجد احتمال لإساءة استعمال هذا الدواء وتحويله لدى البالغين من ذوي **ADHD**، وخاصة في بعض البيئات مثل السجون إلا أنه لا يتوفر دليل قوي على أن ذلك يمثل مشكلة مهمة.

بالنسبة للبالغين من ذوي **ADHD** ينبغي أن يكون العلاج الدوائي هو الخط الأول من العلاج إلا إذا فضل الشخص العلاج النفسي. (جدير بالذكر أنه حتى وقت النشر لم توافق هيئة الغذاء والدواء السعودية على ترخيص ديكسامفيتامين وليسديكسامفيتامين. ينبغي الحصول على موافقة عن علم وتوثيقها.)

| | الاسم | الموجب | الترخيص<br>ه.غ.د | الجرعة | التدابير الوقائية الخاصة والرقابة |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ميثيلفينيديت | عقار الخط الأول | مرخص | ينبغي أن يبدأ العلاج بجرعات منخفضة (٥ ملغم ثلاث مرات في اليوم للمستحضرات فورية الإطلاق، أو بالجرعة المكافئة للمستحضرات معدلة الإطلاق)<br>ينبغي معايرة الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الجانبية على مدى ٤ إلى ٦ أسابيع<br>ينبغي زيادة الجرعة تبعا للاستجابة حتى ١٠٠ ملغم في اليوم كحد أقصى<br>ينبغي إعطاء المستحضرات معدلة الإطلاق كجرعة واحدة غالبا، ولا يجوز إعطاء أكثر من جرعتين في اليوم<br>المستحضرات معدلة الإطلاق قد تكون هي المفضلة لزيادة الالتزام وحيثما تكون هناك مخاوف من إساءة استعمال الدواء أو تحويله<br>ينبغي إعطاء المستحضرات فورية الإطلاق بجرعات مجزأة حتى ٤ مرات يوميا. | ينبغي قياس الوزن بعد ٣ و٦ أشهر من بدء العلاج الدوائي وكل ٦ أشهر بعد ذلك<br>إذا عانى الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، أو اختلال النظم القلبي أو ضغط دم انقباضي أعلى من المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة سريريا) تم قياسه في مناسبتين اثنتين، فإنه ينبغي تخفيض جرعته وتحويله إلى طبيب كبار.<br>إذا ظهرت أعراض ذهانيه (على سبيل المثال، توهمات وهلوسات) لدى بدء ميثيلفينيديت، فينبغي سحب الدواء وإجراء تقييم طبي نفسي كامل. يمكن النظر في استعمال أتوموكسيتين كبديل.<br>إذا ظهرت نفضات لدى الأشخاص الذين يتناولون ميثيلفينيديت، فإنه ينبغي على المختصين في الرعاية الصحية التفكير فيما إذا:<br>كانت النفضات متعلقة بالمنشط (النفضات تشتد وتتلاشى بشكل طبيعي)<br>كان الخلل المتعلق بالنفضات يفوق فوائد علاج ADHD<br>إذا كانت النفضات متعلقة بالمنشط، قلل من جرعة ميثيلفينيديت، أو انظر في تغيير الدواء إلى أتوموكسيتين، أو إيقاف العلاج الدوائي.<br>إن أعراض القلق بما فيها الذعر، قد تحدث نتيجة للمنشطات وخاصة لدى البالغين الذين يشتمل تاريخهم على قلق مرافق. وحيثما يكون ذلك مشكلة خفّض جرعات المنشط و/ أو استعمل العلاج المركب بإضافة مضاد للاكتئاب يستعمل لمعالجة القلق. كما أن التحول إلى أتوموكسيتين قد يكون فعالا |

|  | الاسم | الموجب | الترخيص ه.غ.د | الجرعة | التدابير الوقائية الخاصة والرقابة |
|---|---|---|---|---|---|
| ٢ | أتوموكسيتين | للبالغين الذين لم يستجيبوا أو لم يتحملوا تجربة كافية بالميثيلفينيديت (ينبغي أن تكون هذه حوالي ٦ أسابيع).<br>حيثما يكون هناك قلق بشأن احتمال إساءة استعمال العقار وتحويله (مثلا، في خدمات السجون) فإن أتوموكسيتين قد ينظر إليه على اعتبار أنه دواء الخط الأول للبالغين من ذوي ADHD | مرخص | بالنسبة للأشخاص من ذوي ADHD ولا يزيد وزنهم عن ٧٠ كجم، ينبغي أن تكون الجرعة اليومية الإجمالية الأولية حوالي ٠,٥ ملغم/كجم، تزداد بعد ٧ أيام إلى حوالي ١,٢ ملغم/كغم/يوم<br>أما الذين يزيد وزنهم عن ٧٠ كجم، فينبغي أن تكون الجرعة اليومية الإجمالية الأولية ٤٠ ملغم، تزداد بعد ٧ أيام حتى جرعة صيانية ١٠٠ ملغم/ يوم.<br>الجرعة الصيانية الاعتيادية هي إما ٨٠ أو ١٠٠ ملغم، ويمكن أن تؤخذ في جرعات مجزأة.<br>ينبغي إعطاء أتوموكسيتين بجرعة صيانية مدة ٦ أسابيع على سبيل التجربة لتقييم فعاليته بصورة كاملة. | ينبغي مراقبة الأشخاص الذين يتلقون أتوموكسيتين لملاحظة أي هيجان، سرعة إثارة، تفكير في الانتحار وسلوك إيذاء الذات، وتغييرات غير عادية في السلوك، خاصة خلال الأشهر الأولى من العلاج، أو بعد تغيير في الجرعة.<br>إذا عانى الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، اختلال النظم أو ضغط دم انقباضي أعلى من المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة سريريا) تم قياسه مرتين، فينبغي تخفيض جرعته وتحويله إلى طبيب كبار.<br>ينبغي مراقبة خلل الوظيفة الجنسية (أي، خلل في وظيفة الانتصاب أو القذف) وعسر الطمث باعتبارهما تأثيرات جانبية محتملة للأتوموكسيتين |
| ٣ | ديكسامفيتامين<br>أو<br>ليسديكسامفيتمين | للبالغين الذين لم يستجيبوا أو لم يتحملوا تجربة كافية بالميثيلفينيديت (ينبغي أن تكون هذه حوالي ٦ أسابيع). | غير مرخص من ه.غ.د حتى تاريخ النشر | ينبغي أن تبدأ المعالجة الأولية بجرعات منخفضة (٥ ملغم مرتين يوميا)<br>ينبغي معايرة الجرعة إزاء الأعراض والتأثيرات الجانبية على مدى ٤ إلى ٦ أسابيع<br>ينبغي إعطاء العلاج بجرعات مجزأة<br>يجب زيادة الجرعة تبعا للاستجابة حتى ٦٠ ملغم في اليوم كحد أقصى<br>يجب إعطاء الجرعة بين مرتين وأربع مرات في اليوم | إذا ظهرت أعراض ذهانية (على سبيل المثال، توهم وهلوسة) لدى بدء ميثيلفينيديت أو ديكسامفيتامين، فينبغي سحب الدواء وإجراء تقييم نفسي كامل. يمكن النظر في استعمال أتوموكسيتين كبديل.<br>إذا عانى الشخص من تسرع القلب أثناء الراحة، أو اختلال النظم القلبي أو ضغط دم انقباضي أعلى من المركز المئوي ٩٥ (أو زيادة مهمة سريريا) تم قياسه في مناسبتين اثنتين، فإنه ينبغي تخفيض جرعته وتحويله إلى طبيب كبار.<br>إذا ظهرت نفضات لدى الأشخاص الذين يتناولون ديكسامفيتامين، فإنه ينبغي على أخصائي الرعاية الصحية ملاحظة ما إذا:<br>كانت النفضات متعلقة بالمنشط (النفضات تشتد وتتلاشى بشكل طبيعي)<br>كان الخلل المتعلق بالنفضات يفوق فوائد علاج ADHD<br>إذا كانت النفضات متعلقة بالمنشطات، قلل جرعة ديكسامفيتامين، أو انظر في تغييره إلى أتوموكسيتين، أو أوقف العلاج الدوائي.<br>إن أعراض القلق بما فيها الذعر، قد تحدث نتيجة للمنشطات وخاصة لدى البالغين الذين يشتمل تاريخهم على قلق مرافق. وحيثما يكون ذلك مشكلة خفّض جرعات المنشط و/ أو استعمل العلاج المركب بإضافة مضاد للاكتئاب يستعمل لمعالجة القلق. كما أن التحول إلى أتوموكسيتين قد يكون فعالا |

## ٤: رموز التصنيف الدولي للأمراض

ICD-10-CM رموز **ADHD** المعتمدة رسميا في السعودية:

| | |
|---|---|
| اضطراب في النشاط والانتباه | F90 |
| اضطراب سلوك فرط الحركة | F90.1 |
| اضطرابات فرط الحركة الأخرى | F90.8 |
| اضطراب فرط الحركة ، غير محدد | F90.9 |

ICD-10-CM رموز **ADHD** لدى البالغين والأطفال:

| | |
|---|---|
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه | F90 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، نوع عدم انتباه بشكل رئيسي | F90.0 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، نوع فرط الحركة - اندفاعي بشكل رئيسي | F90.1 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، نوع أعراض مركبة | F90.2 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، نوع أعراض محددة أخرى | F90.3 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، نوع أعراض غير محددة | F90.4 |

ICD-11 رموز **ADHD** لدى البالغين والأطفال:

| | |
|---|---|
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه | 6A05 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، عدم انتباه بشكل رئيسي | 6A05.0 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، فرط الحركة - اندفاعي بشكل رئيسي | 6A05.1 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أعراض مركبة | 6A05.2 |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أعراض محددة أخرى | 6A05.Y |
| اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، أعراض غير محددة | 6A05.Z |

# الملاحق

## الملحق (أ): فريق التطوير

| الاسم | الانتساب |
| --- | --- |
| د. تركي حمود البطي | استشاري طب نفسي أطفال ومراهقين<br>وحدة الطب النفسي للأطفال، قسم الطب النفسي<br>المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود |
| د. فهد عبده بشيري | أستاذ مشارك قسم طب الأطفال، كلية الطب، جامعة الملك سعود<br><br>استشاري أعصاب أطفال وأخصائي صرع<br>رئيس وحدة أعصاب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي<br>المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود |
| د. مدثر حمد | استشاري طب أعصاب الأطفال<br>وحدة أعصاب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي<br>المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود |
| د. ياسر سامي عامر | أخصائي منهجيات الأدلة الإرشادية السريرية، وحدة الأدلة الإرشادية السريرية بإدارة الجودة<br>طبيب أطفال، قسم طب الأطفال، مستشفى الملك خالد الجامعي<br>منسق، اللجنة التوجيهية للتوصيات الإكلينيكية<br>المدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود<br><br>كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة<br>جامعة الملك سعود |
| د. هيا فيصل الجودي | استشاري علم النفس العصبي الإكلينيكي<br>قسم العلوم العصبية<br>مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث |
| د. صالح محمد الصالحي | استشاري طب نمو وسلوك أطفال<br>مركز نمو الطفل، مستشفى الملك عبد الله الجامعي<br>جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن الجامعي |
| د. هديل فخري دغش | استشاري صيدلة إكلينيكية<br>برنامج أداء، الإدارة العامة لخدمات المستشفيات<br>وزارة الصحة |
| أ. جيرمي فارنهام | مدير عام، مكتب إدارة المشاريع<br>الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ( إشراق ) |

# الملحق (ب): المراجعون الخارجيون

## ١- المحتوى السريري

| الاسم | الانتساب |
|---|---|
| د. محمد غازي الدين | أستاذ الطب النفسي<br>جامعة ميشيغان، آن آربور، الولايات المتحدة |
| د. مايكل نيستر | استشاري علم النفس العصبي السريري<br>خدمات الأطفال والمراهقين، الولايات المتحدة الأمريكية |
| د. فاطمة الحيدر | استشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين<br>جامعة الملك سعود |
| د. عمر المديفر | استشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين<br>مدينة الملك عبد العزيز الطبية ، الرياض |
| د. عبد الكريم الحسين | أستاذ مشارك، التعليم الخاص<br>جامعة الملك سعود |
| د. هشام الضلعان | استشاري ورئيس شعبة أعصاب الأطفال، قسم العلوم العصبية<br>مستشفى الملك فيصل التخصص ومركز الأبحاث |
| د. ياسر الدباغ | المدير التنفيذي، مركز الأبحاث<br>مدينة الملك خالد الطبية<br><br>استشاري التحليل النفسي واستشاري طب نفس الأطفال والمراهقين<br>مستشفى الملك فهد التخصصي بالدمام |
| د. نوف البكر | رئيس وحدة طب الأطفال السلوكي والنمائي، قسم طب الأطفال<br>جامعة الملك سعود |
| د. وليد التويجري | استشاري طب أعصاب الأطفال<br>مدينة الملك عبدالعزيز الطبية |
| د. خالد البريكان | استشاري صيدلة إكلينيكية<br>رئيس الجمعية الصيدلية السعودية |
| د. ميساء بريك | استشاري علم نفس إكلينيكي<br>مستشفى جونز هوبكنز أرامكو |

| الاسم | الانتساب |
| --- | --- |
| د. عمرو جمال | رئيس قسم طب الأسرة والمجتمع<br>المشرف على كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة<br>أستاذ مشارك واستشاري، طبيب أسرة وأخصائي معلومات سريرية<br>كلية الطب والمدينة الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود |

## ٢- المنهجية

| الاسم | الانتساب |
| --- | --- |
| د. هيفاء عبد المجيد أحمد وهبي | أستاذ مشارك، الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة<br>كرسي أبحاث الرعاية الصحية المبنية على البراهين والتطبيق العملي للمعرفة<br>رئيس بالإنابة، اللجنة التوجيهية للتوصيات الإكلينيكية<br>جامعة الملك سعود |
| د. سامية الحبيب | استشاري طب الأسرة<br>مستشفى الملك عبد الله بن عبد العزيز الجامعي<br>مدير المركز الوطني للممارسة الصحية المبنية على البراهين<br>المجلس الصحي السعودي |

# إبراء من المسؤولية

القصد من الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية هو تقديم المساعدة للرأي السريري، ولكنها ليست بأي حال من الأحوال بديلاً عن الرأي المستقل للطبيب، ولا ينبغي اعتبارها مشورة طبية. هذا الدليل الإرشادي السريري هو وثيقة عمل تعكس حالة المجال في وقت النشر، وهي مبنية على أفضل وأحدث الأدلة المنشورة التي يمكن الوصول إليها. ونظرًا لأنه من المتوقع حدوث تغييرات سريعة في هذا المجال، فإن التعديلات الدورية لا مفر منها. ليس المقصود هو شرحها أو أن تكون بمثابة معيار للرعاية الطبية. إن معايير الرعاية تُحدد على أساس جميع البيانات السريرية المتاحة لحالة فردية، وهي تخضع للتغيير مع تقدم المعرفة العلمية والتكنولوجيا وتطور أنماط الرعاية، ومعالم الممارسة هذه فقط هي التي ينبغي اعتبارها إرشادات.

قد لا تكون التوصيات المعروضة ملائمة في جميع الأوضاع. كما أن الالتزام بتوصيات "الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية" لا يضمن الحصول على نتيجة ناجحة في كل حالة، ولا ينبغي تفسيرها على أنها تشمل جميع طرق الرعاية الملائمة أو تستبعد طرق الرعاية الأخرى المقبولة التي تهدف إلى النتائج نفسها. يجب اتخاذ أي قرار من قبل الممارسين لتطبيق هذا الدليل الإرشادي السريري في ضوء الموارد المحلية وظروف المريض الفردية. إن الرأي النهائي بشأن إجراء سريري معين أو خطة علاج معينة يجب اتخاذه من قِبل أخصائي (أخصائيي) الرعاية الصحية المناسب المسؤول عن القرارات السريرية المتعلقة بوضع سريري معين، أي الطبيب. ولا يجوز الوصول إلى هذا الرأي إلا بعد مناقشة الخيارات مع المريض و/ أو مقدم الرعاية صانع القرار، في ضوء خيارات التشخيص والعلاج المتاحة. غير أنه يُنصح بالتوثيق الكامل لحالات عدم الالتزام الهامة بأية أدلة إرشادية وطنية للممارسة السريرية أو بأية أدلة إرشادية محلية مستمدة أو معدلة منها في السجلات الطبية للمريض في وقت اتخاذ القرار ذي الصلة.

لا ينبغي تفسير الأدلة الإرشادية للممارسة السريرية على أنها مشورة طبية أو رأي طبي تتعلق/ يتعلق بأية حقائق أو ظروف محددة. إذا لم تكن أحد الخبراء المذكورين في قسم المختصين/ المستعملين المستهدفين، فيجب عليك استشارة أخصائيي رعاية صحية فيما يتعلق بوضعك أو وضع شخص تهتم به وأية أسئلة طبية محددة قد تكون لديك. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تطلب المساعدة من أخصائي رعاية صحية فيما يتعلق بتفسير هذا الدليل الإرشادي السريري وتطبيقه على حالتك الفردية.

## مصادر إضافية موجودة على الإنترنت

النسخة الكاملة من هذا الدليل الإرشادي السريري متوفر في موقع الجمعية الإلكتروني على هذا الرابط: https://cpg.adhd.org.sa

وتشمل المعلومات الإضافية التالية: مُيسرات ومعيقات التنفيذ، معومات وإرشادات للحالات وأهاليهم، تفاصيل معايير الجودة، أداة التقييم المرجعي، أدوات تنفيذ إضافية، منهجية إعداد الدليل الإرشادي السريري، خطة المراجعة والتحديث المستقبلي، معلومات تمويل المشروع، المراجع.

1.6.5


**الجمعية السعودية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ( إشراق )**

ص.ب. ٩٤٠٣٧ - الرياض ١١٦٩٣ - المملكة العربية السعودية
مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية بترخيص رقم ٤٧٤



ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٠٣-٣٥٧١-٨